

L'ANGINE DE POITRINE HYSTÉRIQUE

L'ANGINE DE POITRINE

HYSTÉRIQUE

PAR

J.-R. LE CLERC

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS



PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE
23, Rue Racine, 23

1887

A M. LE DOCTEUR HENRI HUCHARD

Médecin de l'hôpital Bichat,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION.

Une jeune femme, nerveuse, irritable, présentant dans son passé pathologique des crises convulsives mal définies, est prise tout à coup sans cause ou à la suite d'une émotion, d'une douleur assez vive dans la région du cœur. Cet organe est le siège d'une sensation pénible de pesanteur, de distension. Puis la douleur parcourt rapidement l'épaule, le bras et s'accompagne d'engourdissement, de refroidissement. La face est pâle et exprime une anxiété profonde. Cet état dure une demi-heure, une heure, plusieurs heures, pendant lesquelles la patiente crie, se lamente, dit qu'elle va mourir. L'auscultation révèle des palpitations violentes. Il existe en même temps un certain degré d'anhélation. Brusquement la malade perd connaissance ; la syncope dure quelques secondes et termine la crise. La patiente revient à elle, les yeux pleins de larmes ; la souffrance vive et l'angoisse ont disparu, seul le bras gauche est encore le siège d'un engourdissement, d'une torpeur qui persisteront pendant plusieurs heures et même plusieurs jours, si une nouvelle attaque ne vient pas bientôt reproduire cette scène, que la malade redoute à l'égal de la mort.

Voilà un des nombreux aspects sous lesquels se révèle l'angine de poitrine hystérique. Elle diffère par beaucoup de traits de l'angine de poitrine classique, si longtemps

décrite comme un syndrôme univoque. Devant revenir, au diagnostic, sur les caractères différentiels, nous nous abstiendrons de reproduire ici la symptomatologie de cette dernière, pour éviter des redites inutiles.

Nous nous proposons donc, dans ce travail, de montrer les différences cliniques et nosologiques qui séparent l'angine de poitrine organique des angines fonctionnelles.

Après avoir jeté un coup d'œil sur les rapports de la sténocardie avec les différentes névroses, nous ferons brièvement l'histoire de l'*angor pectoris* hystérique, puis la symptomatologie, l'étiologie, la pathogénie, etc... le traitement de cette affection, qui n'est en somme que le type le plus achevé des angines névrosiques.

Mais avant d'aller plus loin, nous devons payer à notre excellent maître, M. le Dr H. Huchard, qui nous a donné l'idée de cette thèse, un juste tribut de reconnaissance pour ses précieux conseils, sa constante bienveillance à notre égard et l'entière libéralité avec laquelle il a mis à notre disposition les nombreux documents qu'il possède sur ce sujet.

L'ANGINE DE POITRINE DANS LES NÉVROSES.

Que faut-il entendre par angine hystérique ? Nous devons tout d'abord nous justifier d'employer ce terme. Il nous suffira d'invoquer ici le témoignage du regretté professeur Parrot : « Il faut bien savoir, dit-il, que l'hystérie peut prendre le masque de l'angine de poitrine, comme elle prend celui de tant d'autres maladies, et, pour notre part, nous avons vu à la Salpêtrière, dans la division où sont rassemblées les hystériques et les épileptiques, un certain nombre de cas, présentant la plus grande analogie avec ceux de M. Bouchut. »

D'ailleurs, dans cette famille des névroses, si vaste encore, bien que son cadre ait beaucoup diminué depuis plusieurs années, il existe plusieurs affections susceptibles de compter l'angine de poitrine au nombre de leurs symptômes. C'est ainsi qu'elle n'est pas très rare dans la maladie de Basedow : Trousseau, dans ses cliniques, en signale un exemple et M. Marie dans sa thèse en a publié plusieurs observations. Nous savons que dans son dernier mémoire couronné à l'Académie de médecine (décembre 1886), M. Liégeois, de Bainville aux Saulles, a rapporté un certain nombre d'observations — parmi lesquelles trois appartenant à M. Huchard — où l'angine de poitrine a été fréquemment une des expressions symptomatiques du goître exophthalmique compliqué ou non d'hystérie.

On peut rencontrer encore l'angine de poitrine dans l'irritation spinale, dans la névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber (1), une des formes si nombreuses de l'état neurasthénique (Axenfeld et Huchard).

D'autre part l'irritation spinale est rarement exempte de toute complication ; elle s'associe avec une autre névrose (hystérie, hypochondrie, neurasthénie). La même remarque s'applique à cette dernière qui, pour M. Huchard, est dans la plupart des cas une névrose arthritique.

M. le professeur Jaccoud simplifie davantage encore les classifications et considère comme une seule et même espèce les états pathologiques qui ont été jusqu'alors décrits sous les noms d'irritation spinale, de nervosisme, de névralgie générale, de névropathie cérébro-cardiaque.

Quoiqu'il en soit, les phénomènes angineux, qui viennent s'ajouter aux symptômes variés de ces maladies, ressemblent singulièrement à l'angine hystérique. Leur parenté clinique est si étroite que nous avions tout d'abord l'intention de les réunir dans une description commune sous le nom d'angines névrosiques. Plusieurs de nos observations (2), nous tenons à le dire dès maintenant, peuvent aussi bien rentrer dans le cadre des sténocardies névrosiques que dans celui des sténocardies hystériques. Les unes et les autres ont, du reste, des caractères cliniques tellement communs qu'on peut et qu'on doit même conclure à leur identité de nature.

Le désir d'éviter les répétitions nous a fait prendre

1. Krishaber. De la névropathie cérébro-cardiaque, Paris 1873.
2. Obs. II, IX, XVI, XVIII, XXIII, XXVIII, XXX.

pour type l'*angina pectoris* qui se rencontre dans l'hystérie sans complication d'autres états morbides.

Ici une distinction est nécessaire entre la sténocardie hystérique et celle qui survient chez une hystérique, cette dernière étant comme surajoutée à la névrose, l'autre n'étant qu'un des aspects innombrables de cette affection protéiforme, parfois même le premier en date, comme nous le montrerons plus loin.

L'*angor pectoris* qui survient chez une hystérique peut ne pas être de nature hystérique : tels les phénomènes angineux réflexes observés à la suite de troubles de l'estomac, d'affections diverses de l'utérus. Ils appartiennent au cadre des angines réflexes. Cependant l'hystérie est là, qui s'empare de cette manifestation angineuse, qui la fait sienne, lui imprime ses caractères changeants, son cachet d'instabilité, ses allures un peu vagabondes.

« L'hystérie est une pathologie en raccourci, » a dit si judicieusement Axenfeld. Ne simule-t-elle pas, en effet, parfois avec une étonnante fidélité, nombre d'affections graves ou légères, passagères ou durables ? Cette vérité est trop banale pour qu'on y insiste. Il n'est donc pas surprenant de rencontrer l'angine de poitrine au nombre des manifestations de cette névrose, comme on y rencontre l'hémiplégie, l'amblyopie, des accidents simulant la coxalgie, etc. On trouve dans la science des faits épars qui en démontrent la réalité.

D'une façon générale, les angines fonctionnelles (fausses angines de M. Huchard) sont importantes à étudier parce qu'elles modifient les résultats des statistiques,

dans lesquelles on les englobait autrefois avec les angines organiques.

Or, si nous montrons, d'une part que le diagnostic de l'angine hystérique est en général assez simple, d'autre part que le diagnostic et la thérapeutique en découlent directement, nous aurons peut-être justifié ce travail et mérité la bienveillance de nos juges, malgré les imperfections contenues dans ces pages et pour lesquelles notre inexpérience est notre seule excuse.

HISTORIQUE

Les premiers travaux sur l'angine de poitrine, et entre autres, celui d'Heberden, si remarquable à tant de titres, sont muets sur l'affection qui nous occupe. Durant de ongues années les auteurs décriront l'angine de poitrine avec complications et l'angine sans complications, celle-là ayant une pathogénie extrêmement variée, — mais qui est hors de notre sujet.

Pourtant, à la lecture attentive des premiers travaux publiés, il nous a semblé que certaines observations pouvaient être distraites de la description ordinaire et figurer dans notre travail. Elles sont relatées plus loin et discutées, car malgré l'obscurité de certains passages, malgré la thérapeutique très active mise en œuvre, qui rend difficile l'interprétation précise de quelques symptômes, elles offrent des détails instructifs.

Dès l'an 1800, « Hill (1) rapporte le cas d'une femme, âgée de trente-trois ans qui fut guérie d'une angine de poitrine compliquée d'accidents nerveux, de cauchemars, d'un pouls faible, irrégulier et d'une éructation abondante pendant les attaques. » (Jurine).

Nous lisons dans la thèse de Millot (2) (1812) : « On

1. The médical and physical Journal of London. London, 1800, pages 30-33.

2. Dissertation inaugurale. Paris, 1812. Voir l'observation I.

n'a point encore noté la complication avec des phénomènes hystériques, complication que j'ai encore observée chez la même femme. »

Avant lui, Desportes avait reproduit, dans son traité, l'observation d'une femme de 43 ans, observation empruntée au Journal de médecine (1) et dans laquelle il s'agit peut-être d'angine hystérique. Laennec (2) admet l'existence d'angines de poitrine essentielles, bénignes, mais ne précise pas. Puis viennent D. Griffin et W. Griffin (3), Bertrand (4) qui raconte, dans la *Gazette médicale de Paris*, sa propre histoire qui est celle d'un angineux névrosique, sinon hystérique. Lartigue (5) interprétant le travail de Millot, dit qu'il s'agit non pas d'angine de poitrine mais d'hystérie. En réalité c'est l'une et l'autre. Cette remarque s'applique également aux faits cités par M. Bouchut (6).

Franchissant rapidement la période moderne, nous arrivons à Parrot qui indique la possibilité de cette affection sans la décrire et à MM. Cordes, Osgood (7), Peter, Macdowal (8), Balfour (9), Cardarelli, Charcot, Marie,

1. Journal de Médecine de MM. Corvisart, etc., Pluviose An IX, tome I.
2. Laennec. Traité d'auscultation.
3. W. Griffin et D. Griffin. (*Observations on functional affections of the spinal cord. London*, 1834, cité dans le mémoire de M. H. Huchard.
4. Bertrand. *Gazette médicale de Paris*, 1839.
5. Lartigue. *Traité de l'angine de poitrine*, 1846.
6. Bouchut. *Revue médicale*, 1841, *tome IV*.
7. H. Osgood. *The american Journal of the medical sciences*, 1875.
8. Macdowal. *Edinburgh Médical Journal*, 1882.
9. Balfour. *Ibidem*, 1881.

Rigal, Huchard, Landouzy, Hurd (1), Byrom-Bramwell (2), etc.

En réalité, c'est là bien plutôt la chronologie des observations trouvées éparses dans la science que l'histoire de l'angine de poitrine hystérique. Elle a été confondue jusqu'à nos jours dans le groupe des angines névralgiques, fonctionnelles, et n'a obtenu qu'une courte mention des auteurs qui en ont signalé l'existence pour éviter le reproche d'être incomplets.

Toutefois Liégeois, en 1882 (3) insiste davantage sur l'existence de l'angine de poitrine hystérique. « Tous les médecins, dit-il, tendent de plus en plus à considérer l'hystérie comme une prédisposition puissante à la maladie d'Heberden. » Il publie ensuite l'observation de Bernheim relatée dans cette thèse et, en note, mentionne deux cas observés par Eichwald. Dans l'un, les crises hystériques coïncidaient avec l'angine de poitrine ; dans l'autre la maladie se présentait chez une femme foncièrement hystérique. La même année 1882, M. Marie publie deux observations des plus intéressantes du professeur Charcot, et Cardarelli, dans son livre sur les maladies nerveuses et fonctionnelles du cœur, fait mieux qu'une allusion vague à l'affection qui nous occupe. Il dit élégamment : « l'hystérie et l'éréthisme nerveux peuvent être considérés comme cause d'angine de poitrine, ou

1. Hurd. *The New-York medical Record*, 1883.

2. Byrom-Bramwell. *Discuses of Heart and Thoracic Aorta. Edinburg*, 1886.

3. Revue médicale de l'Est, 1882-1883. Mémoire sur l'angine de poitrine, couronné par la Société de médecine d'Amiens.

plutôt, parmi les nombreux désordres nerveux qui se rencontrent dans ces affections, on peut observer l'angine de poitrine.

Et c'est l'hystérie, comme je viens de le dire, qui a fait rentrer dans la statistique l'élément jeune et le sexe féminin, qui a rendu le pronostic moins grave et a contribué à enrichir la statistique de guérisons (1). » Nous nous bornons à ces détails, devant emprunter largement, dans la suite, aux observations ou aux travaux de MM. Charcot, Huchard, Landouzy, Liégeois et Marie.

1. Cardarelli. *Le malattie nervose e funzionalie del cuore. Napoli*, 1882.

SYMPTOMATOLOGIE

« L'angine de poitrine, dit le professeur Peter (1), est un assemblage très complexe de phénomènes morbides et non pas une maladie à contours nettement arrêtés. L'angine simple, prise comme type de description, est une abstraction idéale dont on serait fort embarrassé de présenter des exemples copiés d'après nature. » C'est à peu près l'opinion qu'exprimait M. Huchard (2) au début de son travail de 1883 : « Il n'y a pas une angine de poitrine, il y a des angines de poitrine. Ce que l'on a coutume d'appeler de ce nom n'est pas une maladie mais un syndrôme, et comme tel, il répond à des états anatomiques variés, il peut représenter et il représente des maladies différentes, au même titre que les palpitations et les syncopes. » « A voir dans l'angine une affection toujours semblable à elle-même, emportant avec elle son pronostic toujours menaçant, il n'y a pas seulement erreur doctrinale, il y a erreur pratique. La clinique montre chaque jour, qu'en matière de pronostic d'angine de poitrine, il faut en rappeler, comme en matière d'attaques épileptiques. » (M. Landouzy) (3).

La mobilité et la diversité des allures symptomatiques

1. Clinique médicale, 1877,
2, Revue de médecine, 1883.
3. Progrès médical, 1883.

de la sténocardie hystérique confirment la justesse de ces réflexions.

Une description où l'on tenterait d'en réunir tous les éléments serait confuse, sinon impossible à tracer. Mieux vaut suivre la voie rationnelle qui va du simple au composé. Nous sommes amené ainsi à distinguer trois formes d'angine de poitrine hystérique.

Dans son aspect le plus réduit, l'accès angineux est caractérisé par une *douleur* précordiale, vive, angoissante, avec sensation de mort prochaine, la respiration et la circulation conservant leur fréquence et leur rythme habituels. Rarement, la maladie se borne à ces manifestations incomplètes, avortées, dont la nature angineuse pourrait être contestée. *Les irradiations* douloureuses, caractéristiques, ne tardent pas à survenir : telle est la forme franchement *névralgique*.

Plus fréquemment cette douleur est précédée ou s'accompagne de *refroidissement* général ou limité à un côté du corps. La face est pâle ; la respiration normale, dans la plupart des cas, mais les palpitations sont presque constantes. Tantôt une perte de connaissance complète ou un léger état syncopal signale le début de la crise. Tantôt, au contraire, la syncope constitue le dénouement, une accélération violente des battements du cœur ayant ouvert la scène. Voilà la *forme vaso-motrice*. On peut la subdiviser en deux classes, suivant que le point de départ des accidents est *central* ou *périphérique*, en d'autres termes, suivant que les phénomènes ischémiques intéressent primitivement le cœur ou les artères. Dans cette forme la douleur se trouve fréquemment au second plan.

Enfin, dans une *forme mixte,* la plus ordinaire, nous rangeons les cas où toutes ces manifestations symptomatiques peuvent exister à des degrés divers, et se mêler de la façon la plus imprévue, non seulement dans la série des cas différents mais encore dans les aspects successifs d'un même cas. Alors l'acuité, le caractère angoissant de la souffrance précordiale ne le cèdent en rien à l'importance et à la gravité apparente des troubles vasomoteurs.

Comme toujours, la clinique est en conflit avec les distinctions un peu artificielles qu'exige un clair exposé des faits.

Il nous faut maintenant revenir avec quelques détails sur chacun des traits de ce schéma, et tout d'abord s'offre à nous le fait fondamental, *la douleur*. Son siège est presque toujours la région précordiale, soit la pointe, soit la partie moyenne, souvent aussi sous le sternum.

Parfois la malade accuse comme siège de son mal le creux épigastrique. Dès 1791, Butter note cette localisation possible de la souffrance angineuse, et M. Huchard a dernièrement encore, dans ses cliniques, insisté sur ces « *pseudo-gastralgies angineuses, sur ces sténocardies à siège* « *épigastrique* qui font souvent commettre des erreurs et « croire à une affection de l'estomac. La même erreur a « été longtemps commise au sujet des coliques hépa- « tiques pseudo-gastralgiques et des crises gastriques « du tabes qui sont encore parfois confondues avec une « affection stomacale. »

Le terme de sténocardie créé par Brera (de Padoue) convient mieux à notre cas particulier que celui de ster-

nalgie (Baumes). La sensation douloureuse et angoissante revêt des aspects multiples, et varie même d'intensité. Elle est rarement légère et l'effroi de la malade vient alors de ce qu'elle sent survenir la syncope qu'elle croit définitive. La définition de Parry s'applique bien à ces cas : « L'angine de poitrine est un cas de syncope précédée d'anxiété ou d'une douleur remarquable dans la région de la poitrine. » Mais c'est plutôt un serrement, une constriction violente, la partie antérieure du thorax semblant se rapprocher de la colonne vertébrale, ou bien un saisissement brusque de la poitrine par une main de fer qui l'étreint.

Parfois, au dire des malades, le cœur semble à l'étroit dans la poitrine. Il est le siège d'une tension, d'une distension pénibles : « On dirait qu'il va faire éclater le thorax. » Cette expression de la douleur, rencontrée dans plusieurs observations, coïncide presque toujours avec la forme vaso-motrice à début périphérique. Plus rarement enfin c'est une barre entre les mamelons, avec sensation d'anéantissement général. Une malade de M. Huchard ne voulait pas essayer de dépeindre ce qu'elle éprouvait. « La chose serait impossible. » (Obs. XXVIII). Cependant la patiente voit la mort imminente ; « Elle sent qu'elle va mourir, qu'elle s'en va. » (Obs. XIV).

C'est alors que surviennent les *irradiations* à la présence desquelles certains auteurs attachent une grande importance, surtout au point de vue du diagnostic. Les cervico-brachiales sont les plus fréquentes. La souffrance gagne alors, avec une rapidité électrique, le cou, l'épaule, la partie interne du bras, parfois s'arrêtant au

coude, plus souvent se manifestant avec plus ou moins d'acuité dans l'avant-bras et jusqu'aux doigts. Le petit doigt et l'annulaire sont presque toujours intéressés à l'exclusion des autres (région du cubital).

Le trajet douloureux peut être renversé, comme Trousseau et les auteurs de la fin du dernier siècle, en avaient fait la remarque (Obs. XX). Ainsi dans une des observations de M. le professeur Charcot, la malade, très gaie dans la matinée, fut prise subitement, l'après-midi, d'élancements dans le petit doigt du côté gauche, avec propagation dans l'avant-bras, le bras et même le mamelon du même côté. Elle eut à peine le temps de dire : « Ah ! que je souffre dans le petit doigt que la douleur envahissait la région précordiale et que l'angine commençait. Dans l'intervalle des crises la malade ne cessait de souffrir dans le petit doigt. (Obs. XV).

De même, mais dans des cas beaucoup plus rares, la douleur peut partir des orteils du pied gauche et suivre une marche ascendante. Enfin, la propagation des phénomènes douloureux peut se faire dans les deux bras (Obs. XVI), où elle se limite, au coude, ou encore dans le bras et la jambe droits ou gauches (Obs. XIV) exclusivement. Il n'est pas rare qu'ils envahissent les mâchoires, l'œsophage, le larynx où ils produisent une constriction vive, de la dysphagie avec sensation de boule, et une aphonie plus ou moins complète, persistant en dehors des accès. Les malades se plaignent encore d'une sensation de strangulation pénible.

A la douleur angoissante se joint fréquemment un *refroidissement* général, plus accusé aux extrémités ou li-

mité au côté gauche du corps, s'accompagnant parfois de vertige, de nausées, de frissons, d'un tremblement violent du corps avec claquement de dents, de *sueurs* froides, généralisées ou marquées surtout à la face palmaire des mains (1). La face est presque toujours pâle et froide, d'autres fois bleuâtre, presque livide, rarement rouge, quelquefois rouge et pâle alternativement. Dans un cas, le sujet, homme manifestement hystérique, avait pendant l'accès une « vision » toujours la même, mais qu'il ne pouvait retracer une fois la crise terminée (Obs. XXX). Chez une malade de M. Charcot, les changements de coloration de la face étaient surtout marqués du côté gauche (Obs. XIV).

Mais c'est principalement aux mains que se font sentir les *troubles vaso-moteurs*. Elles deviennent blanches (la main gauche de préférence) parfois violettes, comme cyanosées. Les troubles d'innervation et d'irrigation vont jusqu'au phénomène du doigt mort, ou tout au moins produisent des fourmillements, de l'engourdissement, une sorte de pseudo-parésie. L'état des pupilles a été rarement noté. M. le professeur Charcot les a vues contractées et égales. Dans le cas de Cordes, la pupille gauche était dilatée et le trajet du grand sympathique gauche douloureux (2).

Les phénomènes *vaso-moteurs* sur lesquels nous venons d'insister semblent être inséparables de modifications

1. Obs. I, VIII, XIV, XXI, XXII, XXX, XXXII, XXXIII, etc.

2. Un fait analogue, douleur sur le trajet du grand sympathique gauche, est signalé par Marie dans une observation d'angine de poitrine compliquant un goître exophthalmique. (Thèse de Paris, 1883).

profondes dans le fonctionnement du cœur. Il n'en est pas toujours ainsi, cependant, et dans un cas où ces troubles étaient très accusés (frissons, face pâle, angoisse et douleur très vives) les contractions cardiaques étaient régulières (1). On lit dans l'article de M. Rendu (2) sur le goître exophthalmique, et ces réflexions conviennent parfaitement à l'observation dont il s'agit : « On voit des malades affectés d'une angoisse indescriptible et d'une sensation de défaillance imminente alors que le choc précordial n'est pas très violent, ce qui fait supposer que l'hypéresthésie de la paroi thoracique joue vraisemblablement un certain rôle dans le degré d'anxiété qu'ils éprouvent. »

De tels faits sont, il est vrai, exceptionnels et, généralement le *cœur* est le siège de palpitations violentes qui ébranlent la paroi thoracique. Ce qui varie, c'est le moment où survient l'accélération du cœur. Elle est tantôt primitive, tantôt consécutive et, à ce point de vue, deux de nos observations méritent d'être mises en parallèle. Chez M. X... (Obs. XI), les battements du cœur étaient d'abord faibles et ralentis, la syncope imminente. Puis les battements augmentaient de force et de fréquence, le choc précordial devenait violent, les artères du membre supérieur et du cou s'ébranlaient, largement dilatées à chaque impulsion de l'ondée sanguine. A l'état lypothymique avec nausées, au refroidissement des extrémités succédait une chaleur générale ; peau rouge et chaude,

1. Observation XXX.
2. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1883.

face vultueuse, bourdonnements d'oreilles et sueurs profuses ; la scène entière durant quelques minutes seulement. Au contraire, chez une malade de M. Huchard, (Obs. XXXI), que nous avons vue, les palpitations les battements des vaisseaux du cou et de la partie supérieure de la poitrine signalaient le début de la crise et c'est à la fin de celle-ci que les défaillances et même la syncope survenaient. (Remarquons dès maintenant que la respiration de cette malade restait normale au milieu de ce désordre circulatoire). A plusieurs reprises M. Huchard constata chez sa cliente, pendant les attaques d'*angor*, des souffles transitoires, qui font défaut en dehors des crises.

Le *pouls* éprouve naturellement, dans son rythme, sa fréquence, ses allures, des modifications en harmonie avec les troubles cardiaques.

Rapidité (1) et petitesse (2), tels sont les caractères les plus constants du pouls radial pendant l'accès. Sous l'influence de l'état lypothymique ou d'une syncope imminente, il devient presque insensible ; la pulsation fai-

1. Le nombre des pulsations varie dans la plupart des cas de 90 à 120 et 150 par minute.

« Dans un cas d'angine hystérique que j'ai eu à soigner, dit Byrom-Bramwel, le patient était dans un état de collapsus qui dura plusieurs jours. La peau était pâle et fraîche. Le pouls était à 180 ou 200 par minute ; il y avait des attaques sévères et très fréquemment répétées de douleurs qui ressemblaient à celles de l'*angor pectoris*, dans la région du cœur. La tension du pouls n'était pas augmentée et les douleurs n'étaient pas soulagées par le nitrite d'amyle. »

2. Pour Moinet, qui distingue nettement une forme organique et une forme fonctionnelle d'angine de poitrine, si le pouls est irrégulier, intermittent ou exceptionnellement lent pendant les paroxysmes, le pronostic doit être défavorable et on doit penser à des lésions organiques. (Edinburg, Médical Journal, 1870.

blit sous le doigt au point de manquer (1). Il peut être vibrant et précipité, puis dépressible et ralenti dans le cours de la même attaque (H. Huchard). On l'a vu présenter jusqu'à trois stades (obs. XIV) : 1° petitesse absolue; 2° accélération très marquée avec intermittences toutes les dix ou quinze pulsations; 3° ralentissement relatif (de 130-150 à 100-120) (V. obs. XII). Les intermittences ne sont pas rares.

Dans un cas, les radiales, les carotides et les artères superficielles étaient revenues sur elles-mêmes et présentaient une forte tension (2) (obs. VII). Un fait plus remarquable, c'est la disparition presque complète du pouls radial gauche, alors que le droit est normal (obs. XII et XIV).

Enfin, on a signalé l'inégalité dans les battements de la même artère. Pour M. le professeur Jaccoud, l'inégalité et l'intermittence peuvent se rencontrer dans l'angine essentielle, pure, dégagée de toute complication.

Il nous faut examiner maintenant l'état de la *respiration*. Quelques détails sont nécessaires sur ce point qui a été la pierre d'achoppement des nosologistes lorsqu'ils ont étudié cette maladie. Il ne sera donc pas inutile peut-être de jeter un coup d'œil en arrière. Après avoir cité les opinions de ses prédécesseurs (3), voici comment s'exprime Jurine : « La dyspnée dans l'angine de poi-

1. Dans deux cas observés par Eichwald, le pouls était ralenti et si l'accès durait longtemps, il devenait irrégulier et pouvait rester absent des minutes entières.

2. Launder Brunton signale l'augmentation fréquente de la tension artérielle pendant la crise sténocardique.

3. Heberden, Wall, Schmidt, Wichmann, Parry.

trine n'est pas un symptôme essentiel à cette maladie, mais une complication qui tient à quelque cause étrangère. » Parry avait dit : « Ils (ces deux malades) faisaient de profondes inspirations et retenaient leur souffle, non pas avec répugnance, mais avec beaucoup de plaisir (1). » Il ajoute plus loin que quelques cas d'angine de poitrine peuvent être accompagnés de dyspnée (2). Home (*Life of Hunter*) rapporte, à propos de la vie de Hunter, une modification de la fonction respiratoire qu'il traduit en ces termes : « Une sensation d'oppression respiratoire bien que l'acte de respirer s'accomplit sans réelle difficulté. » Enfin, Joseph Franck, qui cite ces auteurs (*Pathologie interne*, tome IV), pense que la respiration est tantôt libre, tantôt fréquente, difficile, étouffée.

Avant lui, Laënnec indique l'oppression et la dyspnée dans sa description. Vallin admet que la respiration peut être gênée, bien que les signes d'angine de poitrine soient évidents et qu'on ne trouve ni dans une lésion du poumon, ni dans une lésion du cœur, les causes de la dyspnée.

Pour M. Peter, dyspnée veut dire névrite diaphragmatique résultant de la névrite cardiaque. Il n'y aurait donc pas de dyspnée dans les angines névralgiques.

D'autres auteurs ont voulu faire de l'absence de troubles respiratoires une sorte de confirmation de la nature angineuse de certains accès cardiaques. C'était caractéri-

1. « They frequentley made (the two patients) deep inspirations and retained their breath not with reluctance, but with much pleasure. »

2. « Feel of oppressim in breathing, although the action of breathing was attended with no real difficulty. »

ser d'une façon trop exclusive une maladie à manifestations essentiellement diffuses.

En réalité, du moins dans l'angor hystérique, la respiration souvent régulière et normale, subit parfois des changements notables, mais qui n'ont pas un rôle prédominant dans la crise.

Accélération marquée de la fréquence des mouvements respiratoires qui deviennent en même temps plus superficiels. — Respiration sifflante avec tendance à s'arrêter dans l'inspiration (Charcot). — Anhélation ; respiration précipitée, singultueuse, entrecoupée (Huchard). — Ralentissement progressif ; arrêt complet durant quelques secondes (pendant lesquelles la face rougit comme dans un effort violent, puis redevient pâle en même temps que la crise se calme un peu), Charcot. *Dyspnée, oppression* ; — voilà les remarques principales sur l'état de la fonction respiratoire pendant l'accès, notées dans l'histoire de nos malades. Il est difficile de les relier d'une façon scientifique et d'en tirer des conclusions précises.

Mais quelle est l'attitude des malades pendant ce drame pathologique ? Telle, que la douleur vient frapper la nuit, se lève vivement sur son lit au moment où survient la crise. La face pâle, terrifiée, les yeux hagards, elle ne peut garder un instant la même position, s'agite dans tous les sens, pousse de grands cris, avec un vif sentiment de peur qui la fait tressauter au moindre bruit. D'autres se compriment fortement la poitrine, pensant diminuer, par ce moyen, la douleur qui les étreint. La

syncope initiale (1) ou terminale (2) peut être remplacée par une simple défaillance, une lypothymie. La perte de connaissance est incomplète. La patiente entend ce qu'on dit autour d'elle, répond par des mots évasifs ou des sons inarticulés aux questions qu'on lui pose pour la faire sortir de sa torpeur. D'autrefois, elle ne peut rien dire ou bien sa voix est faible, cassée et l'aphonie résultant d'une détermination nerveuse surajoutée dure des heures et des jours après la crise. L'obnubilation de la vue, les éblouissements, les nausées, la boule hystérique, des signes de névralgie diaphragmatique, achèvent de compléter ce tableau assez grave, en apparence, pour effrayer parfois le médecin autant que la malade.

Enfin la syncope, une émission abondante d'urines claires et limpides, une sécrétion exagéré de larmes, souvent des éructations et des émissions abondantes de gaz, des baillements multipliés terminent la crise.

Avant d'indiquer la *durée* des accès d'angine hystérique, il importe de faire remarquer que leur invasion n'est pas toujours soudaine. Sans insister sur ce fait que les malades, avant tout accès de sténocardie, sont sujettes à des palpitations cardiaques pénibles, fréquentes, rebelles au traitement, parfois aussi à des syncopes, on doit dire que les *symptômes prodromiques* immédiats, ou rapprochés sont d'une observation assez commune. Ils se montrent quelques minutes, quelques heures, parfois un ou deux jours avant l'apparition de la névralgie proprement dite. On a vu celle-ci annoncée par un frisson

1. Obs. VI, XI, XII, XXI, XXVIII.
2. Obs. II, IV, XXXI.

général intense avec claquements de dents, tremblement des membres inférieurs, sueurs froides, état cyanotique des extrémités. Une malade de M. Charcot, sentait ses membres inférieurs et toute la partie gauche de son corps devenir « froids comme du marbre. » D'autres fois, c'est une douleur vague au cœur, un engourdissement du côté gauche; des spasmes œsophagiens, des quintes de toux, de l'irritabilité, de l'insomnie, du manque d'appétit. Avant que survienne l'étreinte douloureuse, on observe encore, outre la syncope, une sensation de langueur indéfinissable, d'évanouissement; la malade reste immobile, presque sans respiration. M. X... (Observation XI) était prévenu par une sorte d'aura à siège abdominal, une sensation de gonflement profond, une sorte d'expansion douloureuse de tous les viscères abdominaux. Enfin des vertiges, des étourdissements ne sont pas très rares. Mentionnons exceptionnellement un gonflement considérable des seins avant l'accès (1).

La *durée* des crises angineuses est variable comme leurs allures symptomatiques. Elle est comprise entre quelques minutes et plusieurs heures. M. Landouzy en a signalé d'une minute. Dans une observation de M. Huchard, les crises duraient jusqu'à six ou sept heures. Bouchut parle d'une crise de douze heures (Obs. V). Dans la majorité des cas tout est terminé au bout d'une demi-

1. Angelo Cianciosi rapporte une observation d'angine de poitrine chez une jeune femme lymphatico-nerveuse, dans laquelle les accès furent précédés à plusieurs reprises d'engorgement de la mamelle gauche. Cet engorgement devenait très considérable lorsque les accès coïncidaient avec la période menstruelle. (Lo Sperimentale, 1878).

heure ou d'une heure. Ajoutons toutefois que chez la même malade, les crises prolongées sont toujours *longues d'emblée*.

La même remarque s'applique à la *fréquence* des accès et à leur ordre d'apparition. Ils se reproduisent tous les jours, plusieurs fois par jour. Il y en a quelques-uns seulement dans une année. On croirait avoir dans certains cas affaire à un véritable état de mal angineux, suivant l'expression de M. Huchard. Les attaques sont alors subintrantes, imbriquées comme disait Trousseau. Par contre un repos de plusieurs semaines, de plusieurs mois, de nombreuses années même a fait suite à des accès répétés et multipliés de la façon la plus effrayante. En un mot, les accès de sténocardie hystérique procèdent alors par crises. Il y a si, l'on peut dire, des *crises d'accès*, alternant avec des périodes de calme absolu. Enfin toutes les hypothèses imaginables peuvent se réaliser.

Les accès nocturnes sont aussi fréquents que les accès diurnes, sinon davantage. Ils les dépassent souvent en violence et se font remarquer par leur périodicité. Ils surviennent alors, tantôt dans les premières heures de sommeil, sans cause ou provoqués par un rêve, tantôt peu de temps après le déjeuner ou le dîner et alors leur périodicité tient à la périodicité même des repas (M. Huchard). Cette remarque est importante au point de vue du pronostic et surtout du traitement.

ÉTIOLOGIE

Bien que la symptomatologie de la sténocardie hystérique soit plus variée, plus imprévue, plus riche que celle de l'angine organique, qu'il y ait même des différences marquées et constantes, on doit souscrire aux considérations suivantes de M. Landouzy : « Ce n'est pas l'angine de poitrine qu'il importe de connaître, ce sont les conditions au milieu desquelles elle est venue, ce sont les considérations d'âge, de terrain, de milieu, d'antécédents qui lui donneront sa valeur : c'est tout cela qui permettra de se faire une idée juste et complète, non-seulement de l'affection, mais, ce qui importe plus, du malade. C'est cette manière de comprendre et d'interpréter l'angine de poitrine qui montrera toute l'importance que doit prendre en nosographie un syndrôme dont on a trop voulu faire l'apanage des arthritiques cardio-aortiques. »

Les causes de la sténocardie hystérique se divisent donc en prédisposantes et occasionnelles.

Causes prédisposantes. — L'âge est un élément de la plus haute importance. Presque toujours, dans nos observations, il est inférieur à celui qu'Heberden et ses successeurs avaient assigné à l'angine de poitrine.

Tommasi parle d'une petite fille qui fut atteinte dès l'âge de six où sept ans. M. Landouzy a raconté l'his-

toire d'une fille de treize ans. Deux autres malades avaient moins de vingt ans, huit moins de trente ans, huit moins de quarante, six moins de cinquante et deux seulement plus de cinquante ans lors de leur premier accès. L'âge de quelques-unes n'a pas été noté.

Dans cette statistique sont compris quatre hommes chez lesquels l'hystérie nous a paru aussi manifeste que l'angine de poitrine.

C'est, en effet, l'hystérie qui est la cause fondamentale des accès angineux tels qu'ils ont été décrits.

Si l'on passe en revue toutes les manifestations hystériques présentées par nos malades, on s'apercevra que les éléments symptomatiques de la névrose s'y trouvent tous, pour ainsi dire, réunis : troubles multiples de la sensibilité, névralgies mobiles ou tenaces, phénomènes spasmodiques variés, paraplégies transitoires, hémiplégie, aphonie, toux sèche, crises de larmes et de rires, irritabilité du caractère, etc., etc. Une chose digne de remarque, c'est que pour plusieurs sujets (Voir les observations de MM. Landouzy et Huchard) l'angine de poitrine a été la première manifestation de l'hystérie constitutionnelle qui s'est révélée dans la suite sous les aspects les plus divers. Les troubles hystériques signalés chez nos malades sont parfois en petit nombre. A cela on peut répondre avec les auteurs du traité des Névroses : « Ce sont les cas exceptionnels que ceux où l'on voit réunis sur le même sujet tous ces phénomènes (les symptômes de l'hystérie non convulsive) ou même la plupart d'entre eux ; bien plus fréquemment on n'en constate qu'un petit nombre, quelquefois un seul. » Et

plus loin : « les différences (constatées cliniquement entre plusieurs cas de cette maladie) se réduisent presque toujours ou à la prédominance de quelques groupes déterminés de phénomènes, ou à l'apparition précoce ou tardive de ces groupes ; hyperesthésies, paralysies, convulsions, etc., prédominances et irrégularités d'évolution qui semblent être en rapport avec l'âge et la constitution des sujets avec le degré d'acuité de la maladie, la nature de la cause, etc. »

De même que l'hystérie peut rester de longues années à l'état latent et ne se manifester, par exemple, qu'à l'époque de la ménopause, on a vu l'angine de poitrine faire son apparition à cette dernière étape de la vie génitale (obs. XXIV, XXVI).

Toutefois il est important d'insister sur la rareté des crises convulsives chez nos malades. Trois ou quatre d'entre elles seulement les ont comptées au nombre de leurs maux. D'un autre côté, pour beaucoup de ces malades, les accès angineux se sont répétés avec une fréquence et une violence parfois extraordinaires. Si nous ne craignions de nous aventurer dans les hypothèses nous serions volontiers enclin à voir dans ces troubles du côté du cœur et des vaisseaux, compliquant les souffrances de l'*angor,* troubles précédés parfois de phénomènes analogue à l'*aura* épileptique ou hystérique, se terminant d'une façon brusque par des crises de larmes, des crises urinaires, à voir dans ces troubles une sorte de suppléance des manifestations convulsives habituelles qui atteignent les muscles de la vie de relation. Ici

seraient intéressés les muscles de la vie organique et en particulier le cœur et les vaisseaux.

On peut, d'ailleurs, trouver une autre explication à cette détermination assez rare, mais réelle de l'hystérie sur le cœur, à cette forme d'hystérie viscérale, parfois la première en date ainsi qu'on l'a vu plus haut. Sans vouloir passer en revue toute l'histoire pathologique des angineux hystériques, sans insister sur la fréquence de leurs antécédents arthritiques qui confirme la parenté du nervosisme et de l'arthritisme, remarquons que nombre d'entre eux sont nés d'individus ayant succombé à des affections cardiaques ou artérielles. Nous sommes heureux à ce propos de reproduire les vues de M. Huchard sur ce qu'il appelle l'hérédité dans les organes et place en regard de l'hérédité dans les lésions.

Voici comment il s'exprime : « On peut se demander pourquoi l'hystérie est et reste viscérale chez les uns, tandis qu'elle est à manifestations extérieures et périphériques chez les autres. Souvent aucune cause ne peut être invoquée. Parfois cependant on remarque que l'hystérie devient viscérale parce qu'elle existe chez les arthritiques sans prétendre, ce qui serait une exagération, avec les auteurs anciens (Robert Whyt et Sydenham) que l'hystérie est presque toujours de souche rhumatismale, on doit admettre cependant que la forme viscérale de l'hystérie, au même titre du reste que le nervosisme et la neurasthénie, s'observe plus particulièrement chez des sujets arthritiques.

D'autre fois aussi l'hérédité, comprise dans un autre sens, exerce une influence réelle sur la fixation de la né-

vrose dans un organe ou un appareil. Telle malade, par exemple, qui a des symptômes d'hystérie gastrique, a eu des ascendants goutteux ou rhumatisants qui ont souffert de l'estomac sous forme de dyspepsie simple, de gastralgie ou même de cancer ; telle autre qui se plaint de palpitations, de syncopes répétées, est issue d'une mère morte d'une affection réelle du cœur ; telle autre qui présente des phénomènes de pseudo-tuberculose hystérique (toux, hémoptysies répétées, polypnée, dyspnée, etc.) accuse dans ses antécédents héréditaires des accidents tuberculeux du côté de la poitrine..., et ne sait-on pas que l'hystérie intellectuelle a le plus ordinairement chez les parents une origine cérébrale sous forme d'aliénation mentale, de manie, ou d'affections diverses des centres nerveux. Tous ces faits prouvent qu'à côté de l'hérédité dans les lésions il faut placer l'hérédité dans les organes. » L'hérédité, on le voit, suffit à créer des « loci minoris resistentiæ. » Viennent un traumatisme, une affection aiguë frappant l'organe en état de réceptivité héréditaire, la résistance est définitivement vaincue et la névrose jette son dévolu de préférence sur l'organe compromis.

Voilà à peu près établies les relations de l'hystérie et de l'angine de poitrine. Les rapports que la sténocardie affectent avec le neuro-arthritisme ont été bien définis par M. Landouzy dans les phrases suivantes : « Une interprétation complète des faits montre qu'il est toute une série de malades qui souffrent d'angine de poitrine. comme ils ont souffert d'asthme, d'accès de palpitations, de névralgies, d'anesthésies, de contractures ou d'autres perversions nerveuses qui, pour apparaître, n'ont besoin

que d'être conditionnées par des perversions fonctionnelles, fuyantes ou tenaces, légères ou graves, circonscrites ou diffuses, frustes ou éclatantes, ressortissant à des vices de nutrition transitoires ou durables, que ceux-ci soient acquis ou qu'ils soient héréditaires. » Il ajoute, en terminant, qu'on ne saurait pas plus distraire la question de l'angine de poitrine de l'étude de l'arthritisme que de l'étude « d'un de ses aboutissants les plus accapareurs du nervosisme. »

Les causes occasionnelles des accès angineux ne nécessitent qu'une courte étude. Les impressions psychiques, les émotions (chagrins, colère), les travaux intellectuels doivent être considérés comme faisant naître les crises le plus ordinairement. Tels accès nocturnes, qui surprennent brusquement la malade et la réveillent en sursaut peuvent être attribués à des rêves, à des cauchemars. D'autres fois des motifs, en apparence insignifiants : une porte violemment fermée, un bruit insolite ou désagréable suffisent à provoquer la crise, tandis que des émotions vives restent sans effet. Rarement enfin, on n'a pu invoquer aucune cause, mais ce qu'il importe de remarquer, c'est l'influence presque constamment nulle des actes nécessitant un effort quelconque. Chez un malade l'action de l'air empêche les accès. Chez tel autre les exercices violents ne déterminent pas d'essoufflement ni de douleur cardiaque. Une autre ne se trouvait bien qu'en marchant.

Exceptionnellement, on a signalé comme cause occasionnelle une promenade, la fumée d'une cigarette, un coup de vent froid, le contact de la fraîcheur des draps

de lit (observation complexe), un bain de mer, l'ascension des étages. Une phrase pourrait résumer ce point d'étiologie : multiplicité des causes ou absence de causes provocatrices.

Quant au moment de l'apparition des accès, il est variable nous l'avons dit. Dans plusieurs cas, on les voyait survenir au moment des repas ou un peu après. Les crises rares sont parfois survenues de préférence au moment des règles, soit un peu avant, soit un peu après. (Dans une observation où ce fait est signalé, les crises de sténocardie remplaçaient des migraines violentes précédant d'un ou deux jours la période menstruelle, obs. XXXI).

Cardarelli dit à ce propos : « Dans cette forme d'angine de poitrine (l'angine hystérique) qu'on peut appeler réflexe, l'excitation part le plus ordinairement des organes qui retentissent le mieux sur l'action cardiaque : l'estomac et l'utérus. »

PATHOGÉNIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Du jour où les auteurs ont reconnu que certaines angines de poitrine ne relevaient d'aucune lésion organique, le champ des théories s'est considérablement restreint. Au début de l'histoire de cette maladie, toute lésion apparente, palpable, grossière trouvée à l'autopsie d'un angineux était considérée comme la cause de l'affection, d'où un nombre invraisemblable de théories, dont on trouvera la liste, aussi complète que possible dans le travail de M. Huchard. En définitive, il en est resté fort peu debout, mais comme certaines d'entre elles, par exemple celle qui fait de l'ischémie cardiaque le point de départ des accidents (MM. Potain, G. Sée, Huchard) s'appliquent avec peu de modification aux angines fonctionnelles en particulier et par suite à l'angine hystérique (ischémie mécanique, par sténose des coronaires dans un cas ; ischémie fonctionnelle par spasme des mêmes artères dans l'autre), il est difficile de faire l'histoire de la physiologie pathologique de l'angine hystérique sans empiéter parfois sur celle de l'angine en général. D'ailleurs qu'il s'agisse de spasme, de névralgie ou de paralysie d'origine centrale ou périphérique, c'est toujours la théorie nerveuse qui est en jeu, car il est difficile d'admettre l'existence d'un spasme sans une action nerveuse qui le commande.

Fothergill le premier, pense que la sixième (huitième) paire de nerfs et ses nombreuses connexions, affectées par l'action « de quelque cause irritante » sont le point de départ des accès.

Baumes croit à un spasme violent qui parfois a une intensité telle qu'elle occasionne la mort subite. Mais quelle est la cause de ce spasme violent, dit-il? avant tout celle de la névralgie,

Peu après, Desportes se montre partisan résolu de la théorie névralgique, et rappelle que Fothergill l'a mise le premier en avant, quoique timidement. Il explique ainsi son éclectisme : « Si on adoptait cette opinion que sons le nom d'Angine de poitrine on décrit une nouvelle section des névralgies, serait-il possible de rendre compte du siège de la douleur, de son transport instantané le long de la partie interne du bras, et tantôt de la gêne de la respiration, tantôt de l'altération des fonctions du cœur, etc. Il me semble que le raisonnement et la réflexion suffiront pour cela. J'ai reconnu deux espèces et on me demandera quelle est la paire de nerfs que je crois affectée dans chacune d'elles? Mais est-il nécessaire que ce soit tel ou tel filet distinct qui soit malade et plusieurs filets entrelacés les uns dans les autres ne peuvent-ils pas l'être de la même manière qu'un filet qui suit invariablement le même trajet? »

Quand nous aurons dit que Gintrac, Corrigan, Romberg, Friedreich admettent la névralgie du plexus cardiaque, que pour Bouchut il s'agit d'une névrose douloureuse du même plexus, que Von Dusch (1) croit à un

1. Cité par H. Osgood.

spasme avec hyperesthésie, Eichwald (1) à une excitation cardiaque (?), Tommasi (2) à une paralysie du vague, Donnes et John(3) à une parésie ou à une paralysie du cœur, Cahen à une névrose (4) réflexe du grand sympathique d'origine brachiale ou intercostale, Eulenburg à un spasme cardiaque consécutif à un spasme artériel, nous aurons passé en revue presque toutes les hypothèses possibles et serons arrivé à la période contemporaine.

Les auteurs modernes ont invoqué — nécessairement — des hypothèses déjà émises, mais ils ont pénétré plus avant dans la question et, ne se bornant pas à la simple dénomination du filet nerveux probablement atteint, ont tenté une analyse physiologique des symptômes.

Or, le fait fondamental et primordial dans toutes les angines de poitrine, c'est *la douleur* angoissante caractéristique, qui torture les malades et qui existe toujours, bien que son intensité soit certainement variable. Quelle est l'origine de ce symptôme pour les pathologistes actuels? Comment peut-on expliquer les modifications multiples constatées dans le fonctionnement du cœur et des artères? Quelle est la voie suivie par les irradiations douloureuses ou vaso-motrices? La solution de ces trois questions constitue presque toute la pathogénie de la sténocardie.

Pour M. le professeur G. Sée, le pneumogastrique étant

1. Ibid.
2. Cité par Cardarelli.
3. Cité par J. Ross. *A treatise on the diseases of the nervous System. London* 1881.
4. Névrose amenant une congestion des viscères et du cœur. — Névroses vaso-motrices. *Archives générales de Médecine* 1863.

le seul nerf sensible du cœur, la douleur névralgique de l'*angor pectoris* appartient au seul vague (1). Il ne croit guère à l'action du sympathique sur le cœur et repousse son intervention dans la genèse de l'accès. Dans les angines sans lésion appréciable, il faut encore admettre l'intervention de l'ischémie cardiaque, due à un trouble vaso-moteur, au spasme des coronaires. L'olighémie du nerf sensible du cœur se traduit, comme elle le ferait pour tout nerf sensitif périphérique, par une douleur : l'accès d'angine de poitrine commence et il va se développer avec ses symptômes variés. Mais d'une part, d'après le professeur Vulpian, les vaso-moteurs des artères du cœur ne passent pas par le tronc des nerfs pneumogastriques. Admettre le spasme primitif des vaisseaux coronaires, c'est faire entrer en scène le sympathique. D'autre part, M. le professeur Jaccoud fait remarquer que l'insensibilité du grand sympatgique ne vaut que pour l'état normal. A l'état pathologique, les viscères et les nerfs viscéraux sont le point de départ de douleurs intenses à irradiations multipliées (2). Par conséquent, l'objection de M. G. Sée à la participation du grand sympathique aux phénomènes douloureux n'est que spécieuse. M. Jac-

1. L'angoisse extrême qui accompagne la douleur, dit Letulle (Thèse d'agrégation, 1883), est un phénomène que l'on peut rattacher à la douleur du vague. Elle rappelle l'anxiété que présentent les animaux vagotomisés et en pleine période de palpitations.

Pour Habershon, cité par Letulle, l'angoisse cardiaque, la douleur s'expliquent par l'excitation des plexus cardiaques, de même qu'un grand nombre d'autres phénomènes, dont l'existence dans l'angine est discutée ou rejetée par différents auteurs.

2. D'ailleurs, l'expérimentation est muette sur l'origine de la douleur (Jaccoud, Pathol. interne, tome II).

coud, on le voit, est moins exclusif dans son *Traité de pathologie interne*, que dans son article *Angine de poitrine* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Toutefois, pour lui, la part du pneumogastrique est certainement prépondérante.

Cette conviction s'affirme lorsqu'interprétant les changements de coloration du visage pendant l'accès, il appelle à son aide les considérations anatomiques et rappelle que les vaso-moteurs contenus dans le facial viennent du vague et non du sympathique.

M. le professeur Peter, qui a beaucoup insisté sur la distinction à faire entre les angines organiques, d'origine névritique (la névrite pouvant elle-même être consécutive à des lésions diverses) et les angines fonctionnelles d'origine névralgique, explique d'une façon très simple la double intervention du grand sympathique et du nerf de la 10e paire. Lorsque l'action morbide de l'un d'eux l'emporte sur l'autre, il y a ralentissement ou exagération des battements du cœur ; si leurs effets se neutralisent, l'excitation de l'un détruisant les effets de l'excitation de l'autre, le muscle cardiaque continue à fonctionner d'une façon régulière et normale. « La raison dominante de l'affection douloureuse est toujours une hyperhémie du plexus cardiaque. Pour l'angine essentielle, force est bien d'admettre une névralgie pure s'il est vrai que tout nerf puisse souffrir sans être atteint si légèrement que ce soit dans sa texture » (Letulle, Thèse d'agrégation, 1883). M. Peter objecte à la théorie de l'ischémie cardiaque (appliquée à l'angine essentielle) le bon effet soudain obtenu par la saignée générale et par

la saignée locale (sangsues, ventouses scarifiées). Mais, d'après M. Huchard, cette objection n'a pas la valeur qu'on lui attribue. La saignée agit, non pas comme révulsif, mais en abaissant la pression sanguine qui est augmentée dans la plupart des cas d'*angor*.

« La névralgie cardiaque, dit encore M. Peter, présente tous les symptômes de la névrite de ce nom, moins les signes de la lésion du péricarde ; aussi n'est-elle pas compliquée des douleurs de la névralgie diaphragmatique, laquelle, dans ce cas, n'a aucune raison d'être matérielle. » Nous remarquerons toutefois qu'il existe des faits démontrant la simultanéité des deux névralgies, faits où aucune cause de névrite ne pouvait être soupçonnée cliniquement (obs. XXVII et XXXIII).

Plus loin, à propos des *irradiations* voici ce qu'on lit dans la clinique de M. le professeur Peter : « La névrite des phréniques rend compte de quelques-uns des phénomènes les plus remarquables et les plus caractéristiques de l'angine de poitrine, à savoir la douleur de l'épaule gauche s'étendant jusqu'au coude et aux deux derniers doigts de la main, rayonnant d'autre part au cou et jusqu'à la mâchoire inférieure ainsi qu'à l'oreille. » M. Martinet (1), dans sa thèse, explique anatomiquement les propagations douloureuses : « Il suffit pour cela de se reporter aux anastomes normales du phrénique avec la branche descendante de l'hypoglosse, le cordon qui unit les ganglions supérieur et moyen du grand sympathique, les filets du sous-clavier et les cordons de formation des

1. Angine de poitrine rhumatismale. Thèse de Paris, 1884.

quatrième et cinquième, quelquefois troisième branches cervicales. » Nous voilà bien embarrassé pour expliquer ces irradiations que nous avons fréquemment rencontrées dans les cas les plus nets d'angine hystérique, puisque nous n'avons pas le secours de la névrite diaphragmatique. Le professeur Peter vient à notre aide : « D'autres douleurs périphériques, beaucoup plus rares dans l'angine de poitrine, mais qui ont été signalées, telles que la douleur du testicule, le long du cordon spermatique, à la partie inférieure des cuisses sont dues à une action réflexe de la moëlle. » On ne voit pas bien la raison pour laquelle ces manifestations éloignées et plus rares ont le privilège d'être d'origine réflexe.

Pour M. le professeur Sée les irradiations douloureuses classiques reconnaissent le mécanisme suivant : l'excitation centripète née sous l'influence de l'ischémie-cardiaque gagne les centres nerveux et se manifeste sous forme de phénomènes douloureux excentriques (1). La syncope (2) cardiaque douloureuse constitue l'expression terminale de l'accès angineux ; elle s'explique pour le même professeur par l'irritation des filets cardiaques du pneumogastrique, réfléchie sur le spinal, le véritable nerf modérateur du cœur

Quant aux *phénomènes vaso-moteurs*, qui tiennent une

1. Comme les origines centrales du vague sont voisines de la colonne des nerfs cervicaux, les premières paires cervicales sont impressionnées et par suite douleur du cou et de l'épaule, et par leurs anastomoses avec les filets d'origine du plexus-brachial irradiations dans les bras et les doigts. (Algies réflexes de Tripier). Martinet, *loco citato*.

2. A l'arrêt des battements succèdent les palpitations dues à l'épuisement du nerf. Remarquons d'ailleurs avec Claude Bernard que la douleur elle-même peut produire un arrêt du cœur. (Thèse de Viguier. 1873.

grande place dans le tableau symptomatique de l'*angor hystérique*, ils sont rapportés par M. Peter au grand sympathique.

« Ce qui se produit, dit-il, sous l'influence d'une lésion de la portion abdominale du sympathique se produit également par le fait de la lésion de sa portion cardiaque ; de sorte que dans les cas graves d'angine de poitrine on observe également la petitesse filiforme du pouls, la pâleur et l'altération des traits, l'état exsangue des extrémités ainsi que leur refroidissement, la prostration des forces, l'extinction de la voix et la sensation de mort imminente. » Il faut remarquer toutefois la fréquence des troubles énumérés plus haut dans les angines hystériques c'est-à-dire peu graves, et d'autre part la fréquence des angines hystériques à début périphérique. Ces formes de l'accès angineux, dans lesquelles la douleur cardiaque est seulement consécutive aux troubles vaso-moteurs des extrémités, impliquent un mécanisme différent et font supposer que le siège de l'irritation centripète n'est pas alors la portion cardiaque du sympathique.

Quoiqu'il en soit, « ce qui est vrai du retentissement de la lésion des filets sympathiques sur le système dont ils émanent l'est également d'une lésion des filets vagues sur la totalité du même vague. Ainsi se comprend la dyspnée incontestable chez un grand nombre de malades bien qu'on l'ait niée pour la plus grande gloire d'une théorie absolument insuffisante, la névrose pure et simple du pneumogastrique. Ainsi se comprennent également et les phénomènes laryngés (sensation de strangulation ou spasme du larynx), œsophagiens (œsophagisme)

gastriques (éructations et ballonnements signalés par un grand nombre d'auteurs entre autres par Butler et Parry » (M. Peter).

M. le professeur Jaccoud dit en effet que l'irritation centripète du pneumogastrique a pour effet au moment où elle atteint la moëlle allongée d'arrêter la fonction respiratoire dans la phase de l'inspiration ou de produire une accélération notable des mouvements respiratoires au cas ou l'irritation est moins forte. Or les troubles respiratoires (accélération, arrêt) sans être fréquents, se rencontrent certainement au moins dans l'angine hystérique. (Voir observations du prof. Charcot et celles où M. Huchard signale une anhélation marquée). Dans une observations de sténocardie au cours d'un goître exophthalmique rapportée dans la thèse de Daubresse l'accès douloureux s'accompagne d'une dyspnée intense (1).

Quoiqu'il en soit, M. le professeur Jaccoud pense que les irradiations douloureuses et en général les phénomènes périphériques se font plutôt de proche en proche par les rameaux anastomotiques de la périphérie qui relient le nerf vague au plexus brachial, aux nerfs intercostaux, phrénique, grand sympathique (Lussana).

Les explications pathogéniques qui assignent aux irradiations douloureuses et aux troubles d'irrigation sanguine un mécanisme réflexe, nous amènent à parler des théories centrales représentées surtout par Richter, Anstie, Allen Sturge et Byrom Bramwell. Pour Anstie, le caractère unilatéral des douleurs brachiales (quatre fois sur cinq) prouve formellement que le siège de la douleur

1. *Thèse de Paris*, 1883. Symptômes du goître exophthalmique.

n'est pas dans les ganglions cardiaques, auquel cas la douleur se propagerait des deux côtés. Sa conviction est que le siège de l'angine est essentiellement unilatéral et dans la partie inférieure de la moëlle cervicale et la partie supérieure de la moëlle dorsale. Pour Byrom-Bramwell, les phénomènes de l'angine de poitrine (causée chez les hystériques par une lésion primitive des centres nerveux) semblent prouver en fait que les filets cardiaques du sympathique contiennent des fibres sensitives.

Interprétant les irradiations douloureuses du bras gauche qui existent aussi bien dans l'angine fonctionnelle que dans l'angine organique, il pense que l'irritation des nerfs cardiaques est en général limitée aux nerfs du ventricule gauche, car c'est sa cavité qui a à vaincre et à soutenir l'augmentation subite de la résistance phériphérique qui signale souvent le début de l'attaque. Ce fait expliquerait, d'après lui, la douleur brachiale unilatérale. Quand la douleur irradie à droite. c'est que l'irritation (dans les cas violents) périphérique est assez forte pour franchir l'épaisseur de la moëlle et retentir dans l'autre moitié de la substance grise (tractus intermediolatéral).

Si la douleur est d'emblée du côté droit, il invoque soit une irritation des fibres nerveuses du ventricule droit, soit un siège différent pour la lésion première, par exemple les plexus coronaires ou l'origine de la crosse de l'aorte.

Il y a peu de chose à dire de la classification des angines de poitrine proposée par Eulenburg qui admet quatre formes : 1° une angine cardiaque excito-motrice

ganglionnaire, avec lésions des ganglions excito-moteurs; 2° une angine pneumo-gastrique, celle dans laquelle on rencontre les troubles de la phonation et de la déglutition ; 3° une angine sympathique excito-motrice et enfin, 4° une angine vaso-motrice.— Cette division est tout artificielle; la clinique n'offre pas de formes aussi tranchées. — Tout au plus, doit-on admettre l'existence d'accès avec prédominance des phénomènes vaso-moteurs.

Dans le traité des névroses, Axenfeld examine les différentes opinions et personnellement se montre éclectique. Pour lui, la douleur, ou les troubles fonctionnels des filets ganglionnaires du plexus cardiaque, retentit sur le système entier du grand sympathique. Il cherche l'explication des irradiations dans une action morbide des centres nerveux plutôt que dans une communication de proche en proche par les filets périphériques, puis décrit la marche de l'excitation pathologique partie des nerfs cardiaques et invoque pour expliquer la douleur ressentie sur le trajet du pneumogastrique et la syncope, le mécanisme de la sensation périphérique. La diffusion de l'excitation dans la moelle donne la raison des douleurs du plexus brachial, des nerfs intercostaux (névralgie brachio-thoracique de Piorry) et surtout des phénomènes sympathiques plus éloignés. Il ajoute : « Il ne répugne pas d'admettre, au point de vue physiologique, que dans certains cas, le foyer de l'hyperesthésie puisse être dans les nerfs du membre supérieur ou dans les nerfs intercostaux et que les plexus cardiaques soient alors l'aboutissant de l'excitation morbide de la moelle au lieu d'en être l'origine. Mais il faut bien le reconnaître, ce qui

manque, ce sont les preuves cliniques à l'appui de cette ingénieuse supposition. »

M. Huchard, qui dans son mémoire de 1883, a insisté de la façon la plus catégorique sur la distinction capitale, clinique et nosologique qui doit être établie entre l'angine vrai (sténose mécanique des artères coronaires) et les angines fausses, ajoute, à l'heure actuelle : (1) « Un élément commun les réunit (les deux formes), c'est la névralgie des nerfs cardiaques, névralgie par ischémie dans un cas et névralgie par hyperhémie ou trouble fonctionnel des nerfs dans les autres. » Deux états morbides opposés peuvent produire les mêmes symptômes, ou des symptômes très-analogues : telles, par exemple, la congestion et l'anémie cérébrales. En ce qui concerne la pathogénie, notre maître est, on le voit, partisan de la théorie névralgique ; il croit de plus que c'est le *plexus cardiaque* qui est intéressé. Pour terminer ce chapitre, et sans chercher à proposer une explication personnelle du mécanisme de l'angine hystérique, d'autant plus difficile que cette forme spéciale a des allures plus changeantes et des modes d'expression plus variés, tentative qui serait d'ailleurs audacieuse de notre part, il n'est pas inutile de dire comment on a interprété les causes provocatrices des accès et quelques symptômes particuliers, communs aux diverses formes de l'angine.

Suivant M. Peter, il y a trois sortes d'excitation : 1° une excitation cardiaque (émotion, etc.) ; 2° une excitation pulmonaire (marche contre le vent, etc.) ; 3° une

1. Extrait des *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales de l'hopital Bichat*, par M. H. Huchard (sous presse. — Paris, 1887).

excitation gastrique (excès de table ou même simple ingestion des aliments). Conformément à cette classification, c'est dans la première catégorie qu'on doit ranger presque toujours les causes oocasionnelles des accès hystériques.

A propos des déterminations gastriques, se manifestant concurremment avec l'angine, M. Huchard s'exprime ainsi : «Les maladies de l'estomac peuvent retentir sur le cœur non seulement par l'intermédiaire de la circulation mais aussi par le fait de l'innervation commune de ces deux organes. » En définitive, les altérations du vague à son origine peuvent se manifester sous forme de symptômes d'irritation dans un quelconque des organes auxquels il commande (Anstie et Habershon) (1).

Mais c'est peut être à l'hystérie, maladie protéiforme par excellence, que ces réflexions conviennent le mieux. « On voit apparaître d'un moment à l'autre ou au contraire persister indéfiniment, ici la toux éructante, l'aphonie, là les palpitations, la cardiodynie, l'angine de poitrine. Ailleurs les vomissements fréquents accompagnent la dyspepsie flatulente avec la gastralgie et cèdent devant des accès de dyspnée paroxystique simulant l'asthme le mieux caractérisé. » (Letulle, thèse citée).

Plusieurs de nos observations (2) confirment ces assertions de la façon de la plus éclatante.

En résumé, on peut, faisant abstraction du mécanisme physiologique des accès, partager en trois groupes les théories actuelles sur l'angine de poitrine :

1. Voir : Angine de poitrine cardiaque et pulmonaire par le Dr Huchard, 1880.
2. (Obs. XI, XVI, XXXI, etc.)

1° Névrite et névralgie cardiaques (Lancereaux, Peter),

2° Ischémie cardiaque dans tous les cas d'angor, soit organique soit fonctionelle (G. Sée).

3° Ischémie cardiaque dans les angines vraies;

Névralgie, hyperhémie du plexus cardiaque dans les fausses (Potain, Huchard).

Mais M. Huchard admet une distinction nosologique complète entre les vraies et les fausses.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'angine de poitrine hystérique comporte plusieurs questions. Y a-t-il angine? Une première discussion s'élève sur la valeur clinique de la douleur du bras gauche. M. le professeur Sée, citant l'opinion de Jurine qui n'admettait guère l'angine de poitrine sans cette irradiation, insiste sur son extrême fréquence. Au congrès de Rouen, dans le cours d'une discussion sur les cardiopathies réflexes provenant soit d'une névralgie intercostale due à la pression du corset (Bouchut), soit d'une névralgie du plexus brachial (M. le prof. Potain), ce dernier voulant différencier ces faits de l'angine de poitrine soutint que la caractéristique de l'angine de poitrine est une douleur spéciale du bras gauche qui avait fait défaut chez les malades en question. Il ajouta : « Décrire comme angine un ensemble fonctionnel qui ne renferme pas tous les éléments de la question c'est s'exposer à voir ranger dans les angines de poitrine la totalité des accidents nerveux cardiaques. » Cependant cette opinion qui fait de la douleur brachiale la condition *sine quâ non* de la maladie angineuse nous paraît exagérée. Nous ne plaidons pas en ce moment la cause de l'angine hystérique où les irradiations sensitives du bras gauche sont pour ainsi dire constantes,au point d'être parfois le plus cruel tourment des malades. En portant la discus-

sion sur ce terrain, certains accès de sténocardie hystérique seraient donc plus vrais que d'autres accès d'angine organique, avec lésion grave du cœur ou des gros vaisseaux. En définitive, nous pensons avec Parry, cité par Jurine, que la propagation des douleurs au bras n'est pas un symptôme plus essentiel à l'angine que ne l'est à l'inflammation du foie la douleur de l'épaule droite.

Lartigue comprenait dans la catégorie des pseudo-angines (c'est lui qui a crée le mot employé aussi par Gairdner) une affection qu'il décrit sous le nom de Pneumogastralgie, caractérisée par une douleur violente derrière le sternum et des étouffements violents, se manifestant sous forme d'accès d'une durée de plusieurs heures.

Cette affection disparaît ordinairement après quelques accès dont l'intensité semble être d'autant moindre qu'on s'éloigne davantage du premier. Dans la description qu'il donne de cette maladie, Lartigue a dû comprendre certains faits de *névralgie diaphragmatique* qui expliquent les étouffements violents sur lesquels il s'étend avec complaisance. La névralgie diaphragmatique est mentionnée dans plusieurs de nos observations (1). Elle se manifeste par une souffrance au bas de la poitrine, dans l'épaule, au cou, parfois aussi à la nuque et à la mâchoire. Il existe des points douloureux caractéristiques à savoir : point cervical, sternal, costaux (7e, 8e, 9e, 10e côtes); points apophysaires (de la 2e à la 5e vertèbre cervicale).

1. Ce qui prouve qu'elle ne constitue pas un signe d'angine organique. c'est-à-dire d'angine grave.

Parfois on constate des foyers d'irradiation dans les branches du plexus cervical superficiel et dans les branches du plexus brachial, etc. La respiration est pénible, incomplète, entrecoupée; la mastication gênée et douloureuse; mais il y a absence d'angoisse. Les troubles fonctionnels sont constants et ne procèdent pas par accès. On n'observe pas ces modifications parfois si frappantes de la fréquence des pulsations du cœur, ni enfin toute la scène dramatique de l'angine hystérique. Quand la dyspnée existe dans l'*angor* elle disparaît en général avec l'accès et la respiration reprend ses allures habituelles. Pour Lartigue, le caractère le plus important et quasi-pathognomonique de la névralgie diaphragmatique, c'est la possibilité de provoquer tous les accidents en refoulant les intestins vers le haut de la cavité abdominale de manière à repousser le diaphragme et à mettre en jeu sa susceptibilité morbide.

La névralgie intercostale gauche, affection si fréquente chez les hystériques et les névropathes, ne donnera pas lieu à l'erreur si l'examen local est bien fait. L'existence de points douloureux, l'hypéresthésie particulière de la peau, la douleur dans les grands mouvements respiratoires, l'absence de troubles cardiaques, voilà des caractères distinctifs. Toutefois, lorsque la névralgie siège au niveau des quatrième, cinquième et sixième nerfs intercostaux du côté gauche, l'ébranlement de la paroi thoracique qui accompagne le choc du cœur augmente les douleurs comme la pression du doigt. Un examen superficiel pourrait laisser croire à l'angine de poitrine. Il y a là un petit écueil à éviter. Nous rappellerons que Piorry iden-

tifiait l'angine de poitrine et la *névralgie brachio thoracique*. Ce sont deux processus douloureux absolument distincts. Dans le second cas : élancements, points douloureux, absence d'angoisse et de troubles cardiaques, etc., etc. (1).

Il suffira de rappeler les phénomènes angineux signalés par Marchand dans quelques cas de *rétrécissement de l'œsophage :* intensité moindre de l'accès, durée plus grande, absence d'ictus soudain, d'irradiations vers le cou et le bras ; voilà des caractères qui attireront l'attention et feront rechercher l'existence de l'affection organique dont les phénomènes pseudo-angineux ne sont que des manifestations exceptionnelles.

Dans l'article des névroses, déjà si souvent mis à contribution, Axenfeld croit que : « Les faits publiés par M. Bouchut et que M. Lartigue veut distraire de l'affection qui nous occupe ne paraissent pas suffisamment distincts des cas d'angine de poitrine pour qu'on doive les ranger dans une catégorie spéciale. »

Si l'hystérie peut réaliser dans son ensemble le syndrome angineux avec des différences de détails qui seront signalées plus loin, elle donne aussi naissance à d'autres troubles cardiaques, étudiés seulement dans ces dernières années, car Briquet ne les signale qu'incidemment sans mentionner les erreurs d'interprétation que peut entraîner l'ignorance de ces faits.

1. Lasègue raconte l'observation d'un malade chez lequel une névralgie brachiale et cervicale gauche à paroxysmes périodiques s'accompagnant d'oppression et d'anxiété respiratoires provoquées par un emphysème et une bronchite chronique pouvait donner le change et faire croire à l'angine de poitrine.—(*Gazette des hôpitaux*, 1878, p. 1059).

Outre la névralgie intercostale avec palpitations (voir plus haut) on observe, en dehors de tout phénomène douloureux ou angoissant, des syncopes fréquentes, des irrégularités et des inégalités de contraction du cœur, se traduisant par des modifications correspondantes dans le volume, la fréquence et le rythme du pouls radial. Les malades sont victimes de sensations bizarres d'arrêt, d'augmentation de volume du cœur et comme elles souffrent au niveau de la pointe et des espaces intercostaux voisins, elles s'imaginent facilement qu'elles sont atteintes d'une affection organique du cœur. De plus la violence des palpitations, produisant une contraction exagérée des valvules, engendre parfois des souffles de la pointe mais surtout de la base dont il est bon d'être prévenu. Le médecin les reconnaîtra facilement à leurs allures mobiles, fugaces, capricieuses. Ils naissent et meurent avec les accès de tachycardie.

Les battements des gros vaisseaux du cou et du sommet de la poitrine peuvent aussi se manifester chez les hystériques sans angine, ou chez des hystériques angineuses en dehors des accès. Les palpitations affectent même les artères viscérales, produisant des pulsations abdominales, par exemple.

Enfin ce spasme de vaisseaux va jusqu'à produire des souffles artériels, passagers et fugaces comme la cause qui les engendre. L'hystérie, on le voit, jette son dévolu sur le cœur de bien des façons. De même qu'il y a une *hystérie gastrique*, il y a une *hystérie cardiaque* et circulatoire, et l'angine de poitrine est une des manifestations les plus compréhensives de cette détermination morbide de la névrose.

Toutes les fois qu'il s'agit d'hystérie, certains cliniciens invoquent la *simulation*. Il en a été ainsi pour le syndrôme que nous décrivons. Balfour (1) semble identifier l'angine de poitrine hystérique et l'angine simulée. Il raconte une observation d'angine chez une malade atteinte d'insuffisance aortique. Il dévoila la nature hystérique et simulée des accès et prit, dit-il, des mesures efficaces pour en prévenir le retour. Mais, plusieurs années avant le fait de Balfour, Osgood (2) prévoit l'objection de la simulation et fait observer judicieusement qu'il est difficile de feindre les troubles vaso-moteurs si fréquents dans la forme hystérique. Tout au plus les malades décrivent-elles dans des termes souvent hyperboliques les souffrances qu'elles éprouvent.

Mais il est temps d'aborder la partie capitale de ce chapitre à savoir la distinction entre les *angines organiques* ou mieux l'*angine vraie* et l'angine hystérique, qui représente ici le type le plus achevé des *angines fonctionnelles*. Cette distinction clinique est de la plus haute importance. Le pronostic et le traitement y sont engagés.

Nous empruntons la plus grande partie des éléments de ce diagnostic aux travaux et aux idées de notre maître M. Huchard.

a. — Or une première différence existe dans l'âge (3).

1. Balfour. Edinburgh medical journal, 1881.
2. Osgood. The American journal of the medical sciences, 1875.
3. Byrom-Bramwell fait observer que malgré la distinction fondée sur l'âge du sujet, il n'est pas rare de rencontrer l'angine organique chez des sujets jeunes, et *vice versâ*. Nous dirons, une fois pour toutes, qu'un diagnostic valable doit reposer sur un ensemble de caractères différentiels, non sur un seul caractère plus ou moins pathognomonique, et que lorsque plusieurs des caractères différentiels énumérés se trouveront réunis, on aura de grandes chances d'avoir affaire à une angine hystérique ou névrosique.

La plupart de nos malades avaient entre 18 et 35 ans lors de leur première attaque (V. Etiologie). Les angineux organiques ont en général plus de 40 ans et même plus de 50 ans (Heberden, etc.).

b. — L'angine hystérique frappe surtout les *femmes* ce qui n'a pas besoin d'explication. Cinq de nos observations sur trente-trois, concernent des hommes. (Obs. de MM. Huchard, Landouzy, Liégeois, Aubry).

c. — *Les causes occasionnelles des accès* sont différentes. Dans l'angine organique on invoque les efforts, la marche contre le vent, l'ascension des escaliers, etc. ; dans l'angine hystérique, accès provoqués par impression psychique (émotion, rêve), causes banales (bruit insolite, etc.), souvent par rien d'appréciable.

d. — Dans l'angine hystérique, *le début* de l'accès est tantôt brusque et imprévu, tantôt annoncé par quelque phénomène dont le malade comprend vite la signification, par une sorte d'aura comme dans l'attaque convulsive de l'épilepsie ou de l'hystérie. D'autres troubles précurseurs sont immédiats ou éloignés. On les voit précéder la crise de quelques minutes, de quelques heures, voire même d'un ou deux jours. Ils consistent en refroidissement général ou limité au côté gauche, ou encore au membre supérieur gauche, refroidissement très sensible à la main, souvent accompagné de frissons, de tremblements, etc. Ces faits sont beaucoup plus rares dans l'angine organique. Dans celle-ci, le *début périphérique* des accidents est aussi fréquent que le début par la douleur cardiaque. Le début périphérique est l'*exception* dans l'angine organique.

e. — *La douleur* occupe aussi souvent la *région même du cœur* que le sternum, elle siège fréquemment en plein cœur dans l'angine hystérique (1).

f. — Les angineux hystériques (et névrosiques) se plaignent plutôt de *gonflement,* de tension intérieure, de pesanteur angoissante que de la douleur *constrictive* accusée par les angineux vrais.

g. — Mais ce qu'on trouve très souvent dans l'hystérie et ce qui est très rare chez les angineux vrais c'est le nombre, la variété et l'imprévu des expansions douloureuses et spasmodiques (2), périphériques, les troubles de calorification et d'irrigation généralisés ou localisés, avec phénomène du doigt mort, différence notable entre les deux pouls radiaux et même disparition complète de la diastole artérielle du côté gauche tandis que le pouls droit est normal, la fréquence de la syncope, tantôt primitive, tantôt terminale, tantôt complète, tantôt ébauchée, « ces cris que poussent les malades, cette agitation en tous sens » (Lartigue) (3), en un mot, une mise en scène des plus tapageuses et des plus terribles en apparence, où il y a plus de bruit que de mal. C'est de l'angine hystérique « que l'on peut dire, comme de toutes les manifestations névrosiques ou hystériques : *beaucoup de bruit pour rien* (much ado about nothing) » (M. Huchard).

1. D'après Gairdner, les symptômes sont moins immédiatement menaçants que dans l'angine vraie. Jamais ou presque jamais, ils ne s'accompagnent d'une sensation aussi grave et aussi imminente de fin prochaine.

2. Œsophagisme, aphonie, constriction des mâchoires, etc.

3. Outre l'angine, dit le même auteur, l'hystérique présente des phénomènes spasmodiques généralisés auxquels le cœur n'a rien à voir.

L'angineux vrai, est au contraire sidéré par l'angoisse, sinon par la douleur, « il reste immobile dans l'attente d'un mal inconnu et angoissant. » (1)

h. — Plus souvent que l'angine organique, l'orage angineux des hystériques se *termine* par des éructations répétées, des évacuations gazeuses, des baillements, des soupirs et surtout des crises urinaires ou une sécrétion exagérée de larmes.

i. — Si dans la maladie de Rougnon-Heberden, *la durée* des crises toujours extrêmement courte au début peut, avec la répétition des accès, se prolonger et arriver à être de une ou plusieurs heures, il en est tout autrement de la sténocardie hystérique où les crises sont, presque sans exception, *longues d'emblée.* La diminution progressive de la durée des crises est un signe de guérison prochaine et définitive. Elle s'observe fréquemment dans l'angine hystérique. Il y a là, on le voit, une opposition marquée.

j. — Enfin insistons sur l'apparition fréquemment *nocturne* et volontiers *périodique* des accès hystériques, sur leur *répétition* (2) extraordinaire pendant des périodes de temps qui peuvent être très longues. Nous avons signalé plus haut ces « crises d'accès » alternant avec des pé-

1. Il faut dire que dans l'angor hystérique les troubles cardiaques et circulatoires de l'accès sont très variés, comme dans l'angine vraie et qu'on ne peut légitimement chercher des différences de ce côté. Peut-être les troubles respiratoires sont-ils plus fréquents chez les hystériques.

2. Une hystérique observée par M. Rigal, eut dans l'espace de deux ans plus de deux cents crises cardialgiques très accusées. (Voir de plus l'obs. XXVIII). A ce propos, M. Huchard fait remarquer que la douleur n'est pas le phénomène capital dans l'angine, puisque les hystériques ne succombent pas, malgré la durée, l'intensité et la fréquence excessive de leurs crises.

riodes de calme absolu. Ces faits sont rares dans l'angine organique.

Parmi les nosologistes qui ont décrit l'angine de poitrine organique, certains ont fait remarquer l'état de santé parfaite dans l'intervalle des attaques. (Jurine, etc). En réalité, suivant une expression heureuse, les angineux vrais sont toujours *subcardialgiques* (Dreyfus-Brissac). La marche, les efforts, provoquent de l'oppression, de la gène circulatoire. Il sont toujours en imminence d'accès. Les hystériques, au contraire, jouissent d'un bon état de santé relatif, les phénomènes cardiaques sont peu accusés (palpitations). Certains malades peuvent souvent marcher, courir, faire des efforts, sans provoquer de crise. D'autres sont en proie aux mille tourments, grands et petits de leur névrose ; névralgies, anesthésies, paralysies, boule hystérique, migraines, troubles dyspeptiques et gastralgiques, tous phénomènes changeants, fugaces, insaisissables qui disparaissent souvent quand on ne les combat pas et restent rebelles aux interventions thérapeutiques les plus judicieuses. Par opposition aux angineux vrais, on pourrait dire de ces malades qu'elles sont toujours *subnévralgiques*.

Lorsque plusieurs de ces manifestations se trouvent réunies chez une même femme jeune, exempte d'affection cardiaque ou aortique, présentant quelques accès angineux, le diagnostic s'impose (1). Mais la différenciation est loin

1. Cardarelli cite l'observation suivante : une femme à la suite d'une peur est prise d'exophthalmie, de goître, de tremblement avec convulsions, angine de poitrine, contracture hystérique des jambes et atrophie des muscles de la main. A ces phénomènes succède une attaque apoplectiforme avec hémiplégie gauche qui dure deux mois.

d'être toujours aussi simple et nécessite parfois une analyse minutieuse.

Nous avons déjà mentionné au chapitre des symptômes la fréquence des points douloureux (1) en dehors des accès se traduisant tantôt par une exaltation de la sensibilité de la mamelle ou une hypéresthésie de la région précordiale, tantôt par des signes d'irritation spinale et même plus rarement de névralgie diaphragmatique, etc. Les changements d'allures des crises, chez la même malade ont été notés aussi.

k. — Nous avons relégué à la fin les signes diagnostiques tirés de l'auscultation, parce que d'une part, certaines altérations de l'aorte ou du cœur, points de départ des accès angineux, peuvent ne pas se révéler à l'auscultation tandis que, d'autre part, il existe des faits où malgré l'existence manifeste des lésions cardio-aortiques constatées pendant la vie, ces crises d'angor par leur marche, leur durée, leur répétition, leurs allures, en un mot, accusaient une origine essentiellement névropathique ou hystérique.

Quoiqu'il en soit, si l'on constate de l'athérôme radial, une dilatation de l'aorte dévoilée par la percussion, le retentissement clangoreux du second bruit signalé par Traube et M. Gueneau de Mussy, et sur lequel insiste beaucoup M. Huchard, l'élévation de la sous-clavière (Faure), etc., il est probable qu'on se trouve en face

1. James Ross (A treatise on the diseases of the nervous system), prétend que les attaques peuvent être provoquées ou augmentées de violence par la pression de certains points douloureux en dehors des attaques : apophyses épineuses et transverses des vertèbres cervicales et dorsales supérieures ; région de l'angle inférieur de l'omoplate.

d'une angine vraie, celle dont on meurt. Le patient rentre dans la catégorie « de ceux qui ont tout à craindre » (M. Landouzy).

Toute lésion dont le siège et la nature pourront entraîner une ischémie cardiaque durable (Huchard), comportera le même diagnostic quant à la nature des accès angineux. « L'ischémie cardiaque est un accident qui, pour être produit le plus souvent par l'altération des coronaires, par leur rétrécissement organique ou fonctionnel, peut reconnaître des causes multiples. Dans les affections de l'aorte, il y a des réflexes qui déterminent la vaso-constriction des coronaires ; dans les péricardites avec symphyse cardiaque, dans les péricardites avec épanchement abondant et surtout rapide, le cœur peut être brusquement comprimé, d'où ischémie, d'où *angor*, etc., etc. » (M. Huchard).

Maintenant que la sténocardie hystérique a été suffisamment, croyons-nous, différenciée (1) de l'angine greffée sur des lésions organiques, est-il besoin de montrer en quoi elle s'éloigne de l'angine rhumatismale, de l'angine arthritique, des angines réflexes, etc.? Nos observations ne comportant pas ce genre de renseignements, nous nous aiderons du mémoire de M. Huchard. Nous ne

1. Dans un travail récent, Rosenbach énumère quelques caractères particuliers aux angineux névropathes. Il décrit deux stades dans leurs accès : un stade d'irritation et un stade de dépression ; ce dernier constituant pour lui un moyen puissant de diagnostic. Il insiste sur l'absence constante de teinte pseudo-cyanotique. Il confirme ce qui a été dit de l'âge de ces malades ; c'est l'âge où les artères du cœur sont rarement malades. Cependant il n'accorde le nom d'angine de poitrine qu'à l'angine organique, avec substratum anatomo pathologique (myocardite, dégénérescence, sclérose, etc.) (Neurasthenia vaso-motoria. Breslauer Aerzliche Zeitschrift, 1886).

saurions mieux faire que de le suivre, plutôt que de nous engager seul sur le terrain des diathèses, trop glissant pour nous.

Plusieurs des caractères de l'angine névrosique appartiennent à l'angine arthritique (1), et ceci s'explique par la coexistence fréquente des deux diathèses. Remarquons toutefois que chez les arthritiques les accès sont souvent provoqués par le froid (MM. Potain et Huchard).

On a décrit une angine qui, sous forme de fluxion du plexus cardiaque pourrait compliquer un rhumatisme articulaire aigu et déterminer la mort » (Peter, Letulle, Viguier, Martinet).

La nature de la crise angineuse est alors révélée par la constitution des malades, l'existence d'attaques de rhumatisme antérieures et surtout actuelles.

L'angine de poitrine réflexe, d'origine gastrique, a été décrite surtout par M. le professeur Potain et son élève Barié. Voici les traits saillants de leur description : angine de tous les âges et de tous les sexes — accès moins violents — durée plus longue — éclatent souvent après les repas ou même après la simple ingestion de quelques parcelles alimentaires. — Lorsque l'accès survient après les repas, ce qui est la règle, les malades éprouvent d'abord une gêne pour respirer ; ils ont de l'anhélation plutôt que de la dyspnée. La douleur, sensation pénible au niveau de l'épigastre, s'accompagne d'un état

1. A ce propos, M. Dreyfus-Brissac se plaint des tendances démesurément absorbantes de l'arthritisme contemporain. Il ne voit d'autre hypothèse possible pour expliquer l'angine arthritique que celle d'une vive névralgie cardiaque assimilable aux névralgies viscérales et périphériques si fréquentes dans l'arthritisme (*Gazette hebdomadaire*).

syncopal très marqué. On observe fréquemment les signes d'un retentissement de l'affection gastrique sur le cœur : palpitations, intermittences, lypothymies, symptômes asystoliques et augmentation de la matité précordiale surtout dans le sens transversal, existence d'un bruit de galop droit et d'une insuffisance tricuspidienne plus ou moins durable, accentuation du deuxième bruit pulmonaire, etc. — Voilà un ensemble de troubles cardiaques et respiratoires qui n'est mentionné dans aucune de nos observations. — Le diagnostic ne présente donc pas de difficulté.

L'existence de troubles dyspeptiques ne suffit pas d'ailleurs pour établir le diagnostic d'angine réflexe d'origine gastrique. — Dans certains cas mixtes, les troubles gastriques et les accidents ischémiques du myocarde se confondent, en quelque sorte, pour constituer une angine de poitrine. Il en est ainsi de trois ou quatre de nos observations où les signes de dilatation cardiaque, les phénomènes intermédiaires du côté du poumon, quoique possibles ou probables, n'ont pas été formellement notés, ce qui nous autorise à les présenter comme faits de sténocardie hystérique.

Dans la catégorie des angines, d'origine viscérale, rentrent les cas, signalés par Armaingaud, de Bordeaux, où les accidents surviennent chez de nouvelles accouchées, et ont comme point de départ, d'après l'auteur, l'utérus malade. Mais cette origine réflexe est des plus contestables d'après M. Huchard. Il pense qu'il s'agit dans ces cas d'une angine organique.

Il suffira de mentionner les angines réflexes d'origine

périphérique : malades atteints de névrome du bras gauche (Capelle, Caizergues) ; violence extérieure du thorax déterminant une crise (Black, Blackwall, Jurine).

Angines diathésiques. — Les aspects de l'angine goutteuse varient suivant qu'elle est organique, vraie (athérome des coronaires, lithiasis cardiaque), d'origine gastrique ou d'origine névropathique.

L'angine diabétique ressortit à l'arthritisme (Huchard) et peut-être au névrosisme (Dreyfus-Brissac).

L'angine syphilitique exige comme intermédiaires des lésions artérielles.

Angines toxiques. — D'après M. Huchard, les accidents provoqués par le nicotisme sont ou bien produits directement par le spasme des artères coronaires ou indirectement par l'état dyspeptique auquel les fumeurs sont sujets. Pareille cause d'angine peut être d'ailleurs rarement incriminée chez les femmes. Une fois, cependant, la fumée d'une cigarette a paru jouer le rôle de cause provocatrice.

Enfin, une simple énumération convient aux phénomènes angineux dus à l'abus du thé, du café, de l'alcool (athérome aortique, troubles dyspeptiques), à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (J. Renaut), à l'impaludisme, tant à cause de la rareté de ces faits qu'à l'obscurité de certains d'entre eux.

PRONOSTIC

La bénignité du pronostic de l'angine hystérique et en général de toutes les sténocardies névropathiques, est implicitement contenue dans les pages qui précèdent. On la trouve timidement indiquée dans des publications déjà anciennes. Dans sa thèse, Millot s'exprime ainsi : « Dans les cas les plus simples, lorsque cette affection est récente et qu'elle existe indépendamment de toute complication, le pronostic est peu fâcheux et on peut espérer une guérison, ce qui n'est pas sans exemple. » Ces angines curables ne sont autres que les angines fonctionnelles. Desportes attache beaucoup d'importance à l'âge des malades : « On aura lieu d'espérer davantage un succès heureux si le malade n'a pas dépassé l'âge moyen de la vie, l'âge de trente ans environ. » Et Laënnec qui a montré dans toutes ses recherches ses qualités de profond observateur : « L'angine de poitrine à un médiocre degré est une affection extrêmement commune, et existe fort souvent chez des sujets qui n'ont aucune affection organique du cœur ni des gros vaisseaux. J'ai vu beaucoup de personnes qui ont éprouvé seulement quelques attaques très fortes mais de courte durée et qui en ont été ensuite débarrassées. » La même idée est exprimée dans les écrits modernes de Moinet, H. Osgood, Parrot, Peter, Cardarelli, Byrom-Bramwell, etc, etc. D'après M. Lan-

douzy, l'angine de poitrine des névropathes est plus bruyante et plus douloureuse que dangereuse. M. Germain Sée est moins optimiste.

Pour ce professeur, si le processus diffère,(dans les angines organiques et les angines des hystériques et des hypochondriaques) le résultat est identique dans les deux cas. En effet il y a même ischémie, mêmes troubles et parlant il peut y avoir même terminaison. A cette affirmation que nous nous permettrons de trouver un peu théorique, les faits cliniques répondent victorieusement: La diminution progressive d'intensité, de durée et de fréquence des accès, observée à plusieurs reprises, d'autres fois la disparition complète et définitive signalée dans nombre d'observations, entre autres dans celle du professeur Charcot(sa malade est toujours à la Salpêtrière, et n'a pas eu une seule crise depuis des années), la substitution aux accès sténocardiques de manifestations spasmodisques variées, nous autorisent à conclure à leur curabilité certaine, presque constante. D'ailleurs existe-il dans la science beaucoup d'angineux, avec lésion cardiaque ou artérielle décelée par l'exploration, ayant résisté à des attaques aussi terribles et aussi multipliées que celles éprouvées par plusieurs des malades cités dans ce travail? Nous ne le croyons pas. Que la mort soit possible, puisse terminer une crise, c'est ce qu'on ne peut nier, et les pessimistes invoquent en faveur de la fréquence de cette terminaison, les cas assez nombreux où l'examen cadavérique n'a révélé aucune lésion chez les individus ayant succombé à cette maladie. Mais les autopsies ont-elles été complètes, minutieuses comme elles

doivent l'être quand il s'agit d'une affection dont beaucoup d'aspects échappent encore aux observateurs ? Une investigation tenace, eût peut-être fait découvrir dans quelques-uns de ces faits une oblitération des coronaires dans leurs parcours, lésion dont Strumpel a récemment démontré la réalité. Mais les arguments anatomiques échappent à notre compétence et nous ne pouvons mieux faire que renvoyer aux travaux si démonstratifs de notre excellent maître M. Huchard.

C'est à lui que revient en effet le mérite d'avoir transformé en affirmations catégoriques les opinions vagues et les assertions timides exposées avant lui dans les différentes publications scientifiques, touchant le diagnostic et le pronostic des angines de poitrine, et aussi la différence *nosologique* capitale de « l'angine vraie » et des « fausses angines. »

Si la curabilité des angines fonctionnelles, et en particulier de l'angine hystérique est la règle, il est nécessaire de s'entendre sur le sens de cette guérison certaine. La mort subite n'existe plus à l'état d'éventualité redoutable ; les accès s'éloigneront et disparaîtront sans retour mais les malades restent hystériques, rivées à leur névrose et comme telles passibles de toutes les atteintes douloureuses, de toutes les manifestations spasmodiques, des nombreuses misères que comporte en somme cet état nerveux si complexe.

Exceptionnellement, comme dans l'observation de la thèse d'Aubry, les crises angineuses, à forme syncopale peuvent céder la place à des crises dyspnéiques moins redoutables pour le malade, que la crainte de la mort su-

bite ne vient plus terrifier. C'est là un fait intéressant mais isolé, digne peut-être d'être opposé à l'observation de M. Huchard rapportée dans son mémoire sur l'angine de poitrine cardiaque et pulmonaire.

Ici se pose la question de savoir si, dans les cas où les palpitations sont violentes pendant les accès, et se manifestent aussi par crises indépendamment de toute sensation angineuse, si, dans ces cas, des altérations organiques du cœur ne peuvent pas être la conséquence de ces troubles fonctionnels répétés. Dans un remarquable article sur le goître exophthalmique, M. Rendu admet que cette hypothèse se réalise. Longtemps avant, Laënnec l'avait discutée et rejetée. M. le professeur Sée défend la même cause. Il montre que le travail utile du cœur pour une durée déterminée est diminué, en raison du fonctionnement incomplet du cœur et de la moindre quantité de sang qui le traverse à chaque révolution. En un mot le cœur perd en effort réel, en travail, ce qu'il gagne en vitesse. Il cite l'exemple des fumeurs chez lesquels « le cœur palpitera pendant des années, sans arriver à l'hypersarcose, à moins de complications. » Cependant la question paraît plus complexe et des travaux récents semblent montrer que certaines palpitations sont sans influence sur le travail du cœur, tandis que d'autres l'exagèrent. Le sujet reste à l'étude.

Si maintenant on voulait caractériser en quelques mots et fixer par une comparaison le pronostic et le diagnostic de l'angine de poitrine hystérique, il suffirait de dire, avec M. H. Huchard, qu'il y a entre les angines organiques et les angines fonctionnelles, entre les vraies et les

fausses, la même différence qu'entre le croup et le faux croup dont les symptômes peuvent parfois se confondre au point de donner le change. « Ceux-ci sont reliés entre eux par un élément commun le spasme qui peut tuer le malade dans l'une comme dans l'autre affection. Mais dans le croup il y a de plus un élément mécanique et infectieux qui n'existe pas dans la laryngite striduleuse. Un élément commun réunit les angines vraie et fausses, c'est la névralgie des nerfs cardiaques, névralgie par ischémie dans un cas et névralgie par ischémie ou trouble fonctionnel des nerfs dans les autres. » (M. Huchard). C'est à l'ischémie mécanique, définitive, élément qui n'existe pas dans les angines fonctionnelles, qu'est, pour notre maître, due la mort dans les angines vraies. Le pronostic des angines fonctionnelles, a, quant à la mort subite, la bénignité du pronostic de la laryngite striduleuse.

TRAITEMENT

« A l'angine de poitrine vraie, dit M. Huchard, il faut opposer un traitement artériel, aux angines fausses, un traitement anti-nerveux ou anti-névralgique.» Nous pourrions, sans préciser davantage, nous borner à ces indications, car dans la thérapeutique de l'hystérie «tout réussit et rien ne réussit. » Certaines malades présentent une véritable ataxie thérapeutique et guérissent, pour ainsi dire, « malgré la médecine et les médecins.» Pour rendre autant que possible à chacun ce qui lui est dû, le mieux est de passer en revue les différents traitements préconisés, suivant l'ordre chronologique. Appliqué spécialement aux angines nerveuses cet historique ne remonte pas très-loin.

Laënnec dit avoir tiré de bons résultats de l'application de l'aimant. Stokes, après sa description de la névralgie simple du cœur ajoute judicieusement: «L'un des moyens les plus efficaces pour la guérison, c'est de convaincre le malade qu'il n'est point atteint d'une affection organique du cœur.» Pour diminuer le spasme artériel qui signale le début de la forme vaso-motrice, Eulenburg s'adresse aux stimulants, aux diaphorétiques, aux corps chauds en application sur la peau. Le professeur Peter et plus tard Cardarelli recommandent l'hydrothérapie progressive: frictions au drap mouillé d'abord, puis lotions à l'éponge,

douches en jet sur la colonne vertébrale, le tronc et les membres, enfin bains de piscine. M. Huchard, très-partisan de l'hydrothérapie, repousse l'enveloppement avec le drap mouillé, et les lotions froides à cause de la sensation de saisissement et de froid qu'ils déterminent et parce qu'il a vu ces pratiques produire des accès angineux. « L'hydrothérapie doit être employée en dehors des accès, sous forme de douches légères, de très-courte durée en commençant par des douches tièdes à jet brisé et en n'arrivant que progressivement à la douche froide à 24°. On doit se garder de la diriger d'abord sur la paroi précordiale qu'il ne faudra pour ainsi dire qu'effleurer, mais il faudra surtout porter son action sur les membres inférieurs. » Notre maître mentionne les bons effets qu'il a obtenus à plusieurs reprises de l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale et condamne absolument l'emploi interne de la cocaïne préconisé par le Docteur Laschkevitch de Kharkow (Revue de Médecine août 1883).

Il est évident qu'on mettra en œuvre, si le besoin s'en fait sentir, tout l'arsenal de la médication anti-spasmodique. Le bromure de potassium associé au chloral donne parfois d'excellents résultats. On l'essaiera, à moins de susceptibilité spéciale du malade à ce médicament. Le bromure de sodium est préférable au bromure de potassium lequel provoque assez rapidement un ralentissement et un affaiblissement des contractions du cœur, la contraction des petits vaissaux et l'élévation de la pression sanguine. On verra là une contre-indication à son emploi dans la forme d'angine hystérique à début péri-

phérique par spasme artériel. — L'opium et la morphine peuvent rendre des services.

Le nitrite d'amyle qui est devenu comme le médicament spécifique de l'angine vraie, réussit parfois tout aussi bien dans les formes nerveuses de l'affection (Osgood).

Il est aujourd'hui prouvé que le nitrite d'amyle ne possède aucune propriété anti-névralgique, mais qu'il agit seulement à titre de médicament vasculaire, grâce à ses propriétés vaso-dilatatrices (M. Huchard). Or, nous avons distingué, plus haut, trois forme d'angine de poitrine hystérique : névralgique, vaso-motrice et mixte. C'est particulièrement à la forme vaso-motrice pure que convient le nitrite d'amyle (Obs. XII, XXI, etc.). Dans la forme mixte on devra s'adresser aux anti-névralgiques vrais pour diminuer l'élément douloureux.

Pendant l'accès, autant que possible dès le début, on fera respirer au malade les inhalations amyliques à la dose de trois à six gouttes : (Commencer toujours par de petites doses). La nitro-glycérine qui produit lentement les effets du nitrite d'amyle, le nitrite de sodium seront mis en œuvre dans l'intervalle des accès.

On s'appliquera encore à combattre, s'ils existent, les symptômes surajoutés de l'irritation spinale et de la névralgie diaphragmatique par des révulsifs, et en particulier à l'aide des pulvérisations d'éther ou de bromure d'éthyle sur la colone vertébrale et sur le trajet du phrénique.

Enfin, c'est en rassurant sa malade, en lui faisant partager la conviction qu'il a qu'elle n'est atteine d'aucune

affection du cœur, qu'elle n'est pas exposée à la mort subite dont elle a entendu parler comme conséquence de sa « terrible maladie », c'est en exerçant une véritable pression morale sur l'imagination de sa cliente, en proie à une véritable « anginophobie », que le médecin fera souvent la thérapeutique la plus active. N'est-ce pas dans les névroses que le traitement moral donne les plus beaux résultats?

Observation I (*in thèse de Millot*).

Apparition tardive des règles. — Hémoptysies ? — Hématémèses.—Angine de poitrine vaso-motrice. — Paroxysmes périodiques. — Hystérie diagnostiquée par Récamier.

Marguerite Fenot, fille, âgée de vingt ans, cuisinière, d'une constitution lymphatico-sanguine, née de parents qui ont toujours joui d'une bonne santé, ayant deux frères et une sœur qui se portent bien aussi, a constamment joui elle-même d'une très-bonne santé, jusqu'à l'âge de dix sept ans, époque à laquelle une affection de poitrine se déclare avec douleur à la partie inférieure du sternum, un peu à gauche et au dessous du sein accompagnée de crachements de sang pendant trois mois et persistant seule les trois mois suivants.

A dix-huit ans et demi, les règles paraissent pour la première fois, durent trois jours et n'ont plus reparu depuis : la santé s'altère bientôt, la douleur revient par intervalles et persiste chaque fois plus ou moins longtemps.

Au commencement de la dix-neuvième année des bouffées de chaleur commencent à se propager du point douloureux au

visage, se dissipent promptement et reviennent plusieurs fois dans la journée, pendant trois semaines environ puis quinze jours après, un paroxysme s'annonce par des vertiges, un étourdissement violent avec menace de suffocation, sentiment de constriction intérieure et de strangulation au-dessus du sternum, et peu après vomissement de sang mêlé avec de la bile et précédé d'un goût fade et désagréable dans la bouche, se renouvelant avec une fréquence effrayante pendant trois jours, mais moindre pendant les trois mois suivants.

Plus de trente saignées furent faites et toujours avec un soulagement marqué dans le moment.

Le quatrième mois, il y eut du mieux ; mais au commencement du cinquième les accidents se renouvellent avec plus d'intensité. Marguerite entra alors à l'Hôtel-Dieu et se trouva confiée aux soins de M. Récamier, qui ne tarda pas à reconnaître l'angine de poitrine (23 juin 1811).

La position verticale, la marche, et surtout l'action de monter un escalier déterminaient une oppression considérable, et souvent la syncope ; le toucher sur le côté gauche ou la flexion du tronc en avant produisaient de plus un sentiment d'étouffement et de suffocation.

Lorsque le tronc était légèrement courbé en arrière, le malade se trouvait mieux, le refoulement vers la poitrine des viscères abdominaux du côté gauche seulement déterminait de l'anxiété et de l'oppression.

Il était difficile de s'assurer de l'état de la poitrine par la percussion, la malade ayant de l'embonpoint et beaucoup de gorge. Cependant il y avait depuis quelques jours, un peu de gonflement œdémateux sur le côté gauche, ainsi qu'au pied du même côté, mais ce gonflement disparut au bout de quelques jours, le pouls était faible, petit, irrégulier, la langue légèrement pâteuse, la soif vive, l'appétit nul, l'épigastre douloureux

à la pression, la constipation habituelle, l'urine peu abondante et son émission douloureuse, la peau décolorée, les lèvres pâles et quelquefois bleuâtres. Tandis que les joues devenaient alternativement pâles et rouges, les yeux étaient abattus, et il y avait insomnie, l'oppression persistait et la malade vomissait souvent un sang noirâtre tantôt seul, tantôt mêlé avec la bile, d'autres fois écumeux. La saignée seule produisait un soulagement sensible.

Le 20 juillet, pour la première fois, le paroxysme s'annonce par une douleur vive, aiguë, qui s'irradie dans le bras gauche jusqu'aux doigts et dans le membre abdominal du même côté jusqu'aux orteils en suivant dans l'un et l'autre leur côté interne. L'application d'un moxa sur la poitrine ne produisit aucun mieux sensible, ni alors, ni plus tard. Le surlendemain (7 août), Marguerite Fénot éprouve, pour la première fois à minuit, une sensation de froid très vif au sommet de la tête, il lui semble alors que de ce point froid deux cordes de glace (ce sont ses expressions) descendent sur les côtés de la tête et du col, se joignent à la hauteur du larynx et produisent un sentiment de strangulation avec gêne très grande de la respiration, impossibilité d'articuler une seule parole. Jusqu'au 12, cette sensation de froid se reproduit constamment à minuit ; sur les deux ou trois heures une sueur générale, douce, peu abondante s'établit et le paroxysme se termine de quatre à cinq heures. A la douleur vive irradiée dans les membres succède un sentiment de fourmillement très incommode et de l'engourdissement.

Du 12 au 19, les paroxysmes diminuent d'intensité par l'emploi du miel térébenthiné et de l'asa-fœtida ; mais quoique dans les premiers jours d'octobre, il n'y eut plus de paroxysmes, le sentiment de fourmillement dans les membres persista d'une manière très incommode ; il y avait de plus céphalalgie violente et insomnie.

Marguerite Fenot quitta alors l'Hôtel-Dieu pour retourner à Montmagny, village à trois lieues de Paris où elle demeure. Le mouvement de la voiture appelle de suite le paroxysme qui dura trois jours, pendant lesquels, de son propre mouvement, elle prit trois bains, tièdes d'abord, puis froids.

Le 1er jour, gonflement assez considérable de l'abdomen suivi le lendemain d'une douleur vive, aiguë, à l'épigastre comme si une corde tiraillait l'estomac vers le bassin et bientôt de l'écoulement par les parties sexuelles d'un liquide roussâtre dont la quantité évaluée à trois pintes dans les premiers jours, diminua ensuite jusqu'aux derniers jours d'octobre. Une diarrhée assez abondante, se déclara, avec cette évacuation, au point de procurer quinze à vingt selles par jour.

Pendant deux mois que Marguerite Fenot resta à Montmagny, les paroxysmes sont revenus régulièrement chaque jour à deux heures, mais le vomissement de sang ne s'est pas déclaré. Marguerite ne pouvait alors prendre que du lait froid, des fruits crus, des bouillons maigres et froids et des légumes. Le vin l'incommodait, le lait chaud et les bouillons gras étaient vomis de suite. En général les boissons chaudes ou seulement tièdes produisaient une sensation de chaleur brûlante qui se propageait dans la poitrine, les membres du côté gauche et la tête, avec étourdissements et vertiges pendant deux heures environ. Les boissons froides soulageaient toujours.

Le 6 novembre, Marguerite Fenot revint à l'Hôtel-Dieu. Le 9, l'écoulement par les parties sexuelles se renouvela. Le 11, la malade éprouva dans la soirée une douleur plus vive et plus aiguë à l'épigastre et dans l'hyponchondre, avec des tiraillements insupportables de l'estomac.

Elle voulut se lever pour que l'eau ne s'écoula pas dans son lit, mais a peine eut-elle les pieds à terre qu'elle éprouva tout

à coup un élancement plus douloureux, à la partie inférieure gauche du sternum avec irradiation instantanée à sa partie moyenne, puis supérieure, avec resserrement spasmodique, sentiment de strangulation, anxiété, vertiges, perte de connaissance, état de stupeur et de mort apparente.

Un vésicatoire fut appliqué de suite sur l'épigastre et un moxa sur le sternum, sans que la malade donna le moindre signe de sensibilité.

Le lendemain, même état : M. Récamier la considère comme hystérique ; une saignée est prescrite ainsi qu'un large vésicatoire entre les épaules.

La malade ne revint à elle que le soir, elle disait alors ressentir à la partie moyenne du sternum une douleur qu'elle comparait à celle que pourraient causer des coups de couteau, elle éprouvait aussi à la partie supérieure une vive douleur et un sentiment de constriction, elle se plaignit d'un sentiment de douleur de la langue, ne pouvait parler qu'à voix basse et disait éprouver une douleur de tête comme si on la lui eût serrée fortement. (Potion et boisson antispasmodiques, trois demi-lavements froids avec camomille et laudanum). Le mieux se prononce de plus en plus.

Du 13 au 16 les paroxysmes s'accompagnent vers minuit d'un sentiment de froid avec frissonnement s'irradiant de la partie inférieure du sternum dans toute la moitié gauche du corps, mais plus sensible sur tout le côté gauche de la tête et sur le sinciput. A ce sentiment de froid succède vers 3 heures une chaleur peu forte.

Du 16 novembre au 20 décembre, paroxysmes tantôt plus, tantôt moins intenses, avec vomissements de sang par intervalle.

Du 11 au 20 particulièrement il y eut un mieux sensible, dû probablement à l'emploi des sangsues et des saignées généra-

les qui, du moins, ont constamment procuré un soulagement complet.

Marguerite Fenot, voulant alors retourner à Montmagny, M. Récamier lui conseilla de se faire saigner tous les dix ou quinze jours. Elle a suivi exactement ce conseil. Elle a fait usage d'une simple boisson diurétique et d'un vin légèrement emménagogue. Les paroxysmes sont devenus beaucoup moins fréquents et moins longs, et même, depuis le mois de mars, elle n'en a pas eu le moindre ressentiment. Elle est aujourd'hui fraîche et bien portante et elle a quitté son état pour travailler au linge dans la maison où elle est. Cependant si elle marche vite, si elle monte un plan incliné, la douleur se rencontre de suite, et l'air, pour me servir de ses expressions, semble lui manquer ; il suffit qu'elle s'arrête pour que tout cesse à l'instant. Si elle retarde la saignée de quelques jours, le vomissement de sang reparaît et un état de turgescence locale et générale lui indique le moment où elle doit se faire saigner.

Elle se trouve toujours mieux des boissons froides.

Commentaires. — Cette observation déjà ancienne, obcure parfois, est sujette à caution. Cependant, voilà une malade qui a des hémoptysies et de plus des hématémèses répétées, à laquelle on fait des saignées fréquentes et qui conserve néanmoins, en dépit d'accidents utérins venant s'ajouter à tous ces troubles, une santé florissante.

« Il est difficile, dit en effet l'auteur, de s'assurer de l'état de la poitrine, la malade ayant de l'embonpoint et beaucoup de gorge ». Cette phrase n'est pas en rapport avec la cachexie qui aurait dû suivre les nombreux accidents que nous décrit minutieusement Millot. De sorte

qu'en considérant d'autre part les allures de ses attaques angineuses s'accompagnant de sensation de strangulation, de vertiges, de syncope, de troubles vaso-moteurs, de sensation de froid, phénomènes existant quelquefois en dehors des accès, nous nous sommes cru autorisé à attribuer à l'hystérie la plus grande partie des accidents éprouvés par cette femme.

Observation II *(rapportée par Desportes)* (1)

(*Traité de l'angine de poitrine.*)

Une femme, âgée de 43 ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution sèche, ayant le système nerveux très susceptible, et ayant presque toujours une santé très faible, éprouva dans le mois de septembre 1775, une difficulté de respirer fort semblable à l'asthme, néanmoins elle continua ses occupations ordinaires. L'attaque dura deux jours. La seule cause apparente était une grande frayeur. Trois autres attaques se succédèrent à peu de jours de distance, et chacune eut la même durée que la première. Mais dans la quatrième attaque, cette femme eut une oppression et un serrement de poitrine, tels qu'elle eût désiré qu'on ouvrît cette cavité, et elle semblait avec ses mains faire effort pour la déchirer. La déglutition devint alors impossible, même celle d'une goutte d'eau, et les tentatives que la malade faisait pour avaler étaient suivies de menace de suffocation. Le front et la poitrine se couvrirent de sueurs. Une douleur se faisait sentir dans le dos et la malade poussait des cris rauques et douloureux. La res-

1. Journal de médecine de MM. Corvisart, etc., pluviôse, an IX, Tome I.

piration était précipitée, elle ne pouvait l'être davantage, et lorsqu'elle fut arrivée à ce point, une défaillance eut lieu tout à coup ; cette dernière fut accompagnée de la suspension de la respiration et des sens internes et externes, de manière que cette personne avait l'aspect d'un cadavre, cependant le pouls était dans l'état naturel. On jeta de l'eau froide au visage de la malade, ce qui fit cesser la défaillance, mais les mêmes symptômes qui l'avaient précédée revinrent, tels que la suffocation, etc.

Cette alternative de suffocation extrême et de défaillance avec suspension de la respiration et de l'usage des sens, se renouvela ainsi pendant deux heures, à la fin desquelles la respiration resta comme dans un asthme ordinaire. Il fut alors possible à la malade de se jeter sur son lit ; mais elle ne put y reposer que quelques heures, parce qu'elle éprouva plusieurs paroxysmes, entièrement semblables, en deux jours.

Après l'attaque, elle se trouva très bien ; elle respirait comme en pleine santé ; tous ses maux étaient évanouis. Cet état dura dix ou douze jours au bout desquels les mêmes accidents reparurent sans cause apparente ; ils continuèrent deux jours et se dissipèrent de nouveau pendant dix ou douze jours et ainsi de suite.

Commentaires. — Ici, on ne peut s'appuyer pour attribuer à l'hystérie les phénomènes angineux que sur la très grande susceptibilité nerveuse, indiquée par les médecins, la provocation de l'accès par une grande frayeur, la syncope terminale, la longue durée de l'attaque, pendant laquelle les troubles respiratoires sont aussi marqués que la douleur thoracique et enfin la périodicité des crises qui suivirent.

Observation III

(*Wet D. Griffin. — Observations on functional affections of the Spinal cord. — London* 1834), *in mémoire de M. Huchard.*

Migraine ophthalmique. — Angine de poitrine à laquelle succèdent plus tard des crises dyspnéiques.

Une dame de 45 ans souffrait depuis plusieurs années d'une céphalalgie intense ou plutôt de migraines précédées presque toujours par un certain état d'obscurcissement de la vue et de l'hémiopie. Puis, elle fut prise, pendant la nuit, de palpitations fréquentes avec oppression et douleurs dans la poitrine, le bras, le cou, et la région de l'estomac. Un médecin crut à une affection organique du cœur, mais un autre consulté la traita comme une affection hystérique, et la malade se remit par l'emploi des antispasmodiques. Douze mois après, nous fûmes appelés la nuit par cette dame, qui se sentait mourir. Il paraît que quelques heures après s'être couchée elle fut éveillée brusquement par des palpitations violentes, des douleurs lancinantes dans la région précordiale, irradiant de là dans l'épaule et le bras... Elle se leva aussitôt pâle et terrifiée, sentant la mort imminente. Après peu de temps, la douleur s'amenda, les palpitations diminuèrent. Ces accidents, très atténués, se reproduisirent plusieurs nuits de suite, laissant après eux un état d'hypéresthésie excessive au niveau de la dernière vertèbre cervicale. J'attribuai ces divers symptômes uniquement à l'irritation des nerfs cervicaux ou pneumogastriques.

L'été suivant je fus encore appelé à minuit chez cette dame ;

elle avait été éveillée brusquement par un accès d'oppression intense (sorte d'asthme qui lui fit croire à sa fin prochaine), la respiration était bruyante avec menace de suffocation, comme dans les cas graves de croup spasmodique ; elle éprouvait une douleur très vive au niveau de la première, de la sixième et de la septième cervicales. Elle guérit rapidement de ces accidents auquels succédèrent d'autres douleurs rhumatoïdes avec douleurs névralgiques et musculaires dans les membres, accompagnées d'un léger état fébrile.

Observation IV (*Bouchut, Revue médicale*, 1841).

Il s'agit d'un interne en pharmacie, de 23 ans, ayant un caractère extrêmement nerveux, qui fut pris, pendant une nuit du mois de septembre 1839, d'une vive douleur à la région précordiale, suivie d'une perte de connaissance. « Il se débattait dans son lit en criant et en se frappant la poitrine. » Cette attaque dura une demi-heure environ, puis elle se reproduisit un mois après avec les mêmes caractères. Il frappait sur le sol avec ses poings fortement serrés, et se meurtrit tout le poignet droit. »

Plusieurs attaques semblables survinrent ; puis le malade s'étant marié, cet évènement parut produire une heureuse diversion sur lui et ses souffrances disparurent pour ne plus se montrer.

Observation V (*Bouchut, Revue médicale*, 1841).

Un accès d'angine hystérique ayant duré douze heures. — Disparition définitive des crises.

Une femme hystérique, immédiatement après le dîner fut

prise d'étouffements ; elle ressentit ensuite une violente constriction à la poitrine : douleur vive au sternum et au cou, serrement à la gorge. Elle se coucha et je la trouvai assise sur son lit s'agitant dans tous les sens et poussant de grands cris. Face pâle, gonflée, larmoiement des yeux. La peau est fraîche. les extrémités froides, sueur générale et froide, suffocation imminente : douleur pongitive excessivement aiguë à la partie antérieure gauche de la poitrine. Trois heures après, l'accès durait encore, mais la douleur était moins vive.

L'accès dura douze heures environ. Pendant deux jours encore, étouffements peu considérables. Dix jours après, la malade eut un second accès plus léger que le premier, qui ne dura que deux heures. Depuis elle s'est toujours bien portée.

Observation VI

(*Professeur Tommasi cité par Cardarelli in Le malattie nervose e funzionalie del cuore*, 1882.)

Angine de poitrine chez une jeune fille de six à sept ans. — Polyurie. — Hémiplégie avec hémianesthésie. — Convulsions du côté opposé, etc.

Une jeune fille qui souffrait dès l'âge de six à sept ans, d'accès angineux, présenta dans les trois derniers mois de la polyurie.

L'accès débute par une sensation de langueur et d'évanouissement, de sorte qu'elle reste sans mouvement et presque sans respiration.

Ce n'est pas qu'il s'agisse là d'une maladie pulmonaire, mais c'est un mélange de faiblesse et de frayeur qui abat tel-

lement la malade qu'on craint que la moindre cause éteigne le peu de vie qui semble lui rester. La douleur constrictive de la base du thorax apparaissait ensuite et s'irradiait dans l'épaule et dans le côté interne du bras le long des nerfs cubital et médian.

Les paroxysmes changeaient de forme et d'intensité. Tantôt la douleur s'irradie dans le membre inférieur gauche comme on l'a signalé, d'autre fois elle se présente sous la forme d'une hémiplégie, avec diminution de la sensibilité ou anesthésie et deux ou trois fois, cette hémiplégie s'est montrée d'un côté et des convulsions à forme tonique ou clonique dans la moitié droite du corps. Une ou deux fois il y eut de l'anesthésie, ou de la diminution de la sensibilité dans toute la joue gauche (cinquième paire), tandis que les autres manifestations nerveuses se dissipaient.

La respiration dans ces paroxysmes arriva à une fréquence extrême (50 par minute et même davantage). Le pouls était petit, faible, fréquent (80 à 100). Dans les intervalles des paroxysmes, la malade éprouve souvent la sensation de la boule hystérique. Cœur et poumons sains.

C'est en somme, un exemple d'angine de poitrine hystérique. Il y avait une polyurie remarquable : six à sept litres d'urine par jour. Urine aqueuse avec poids spécifique très bas (1003), et présentant tous les caractères qu'elle offre dans la polyurie simple. Il y avait de la polydypsie (?) Enfin on a noté une différence de température dans les deux côtés du corps, en faveur du côté gauche.

(Morgagni dispensa IV 1869 Napoli).

Commentaires. — A noter : l'apparition d'accès angineux dès l'âge de six ou sept ans, le début lypothymique suivi de la douleur constrictive du thorax, les changements

de forme et d'intensité des paroxysmes ; la fréquence extrême de la respiration pendant les crises, le nombre des stigmates hystériques présentés par la malade, et enfin la polyurie, fait unique dans nos observations.

Observation VII (*résumée*).

Cordes, cité par Marie. — Revue de Médecine, 1882.

Dame de 31 ans ayant des crises convulsives à l'âge de huit ans. Hystérique manifestement.

Attaque de rhumatisme articulaire aigu ; gonflement du bras gauche contre lequel on emploi huit sangsues. Huit jours après le début de ce rhumatisme, survient un accès d'angine de poitrine, pendant les jours qui suivirent, ces accès se reproduisirent environ une douzaine de fois.

Très peu de temps avant l'accès, les extrémités surtout les inférieures deviennent froides, pâlissent, les ongles se cyanosent, le tronc et la tête restent à une température à peu près normale. Rien ne peut réchauffer le malade.

Pendant l'attaque, carotide, radiale et artères superficielles étaient revenues sur elles-mêmes et présentaient une forte tension.

Le pouls est un peu plus rapide qu'à l'état normal, mais la malade ne peut rester un instant dans la même position.

Pupille gauche élargie. Trajet du grand sympathique douloureux à gauche.

Accès toujours causés par des impressions psychiques (chagrins, colère).

Le cœur fut toujours interrogé avec le plus grand soin et, malgré la présence d'un rhumatisme articulaire aigu, on ne constata jamais la moindre affection de cet organe.

Observation VIII

(*Liégeois. — Mémoire couronné par l'Académie de Médecine,* 1885).

Elise G..., domestique, âgée de 42 ans, entre à l'hôpital, salle Sainte-Françoise, n° 18, le 8 février 1875.

Elle est interrogée le 9 février.

C'est une femme robuste, encore abondamment réglée, mère de plusieurs enfants, tous vivants. Les règles existent depuis trois jour. Elle est d'habitude très-nerveuse, prête à s'emporter pour un motif futile, mais elle n'a jamais eu d'attaques du nerfs, de maux d'estomac, de douleurs abdominales.

Le 6 février, à midi et demi, après avoir dîné, Elise G..., jusque-là bien portante, prise seulement de ses règles, le matin même et sans douleur, se leva pour gagner la pierre d'évier, mais elle fut prise d'un vertige, tout tournait autour d'elle ; elle ne voyait plus clair ; elle ne tomba pas parce que sa maîtresse arriva à temps pour la soutenir ; elle vomit tout ce qu'elle avait mangé ; on la mit au lit. Elle eut alors une violente céphalalgie temporale droite et elle vomit presque toutes les demi heures jusqu'au 7 février soir, veille de l'entrée à l'hôpital. Le 6 février, à 4 heures du soir, apparurent de nouveaux symptômes : la malade fut incapable d'ouvrir les deux yeux ; elle eut des douleurs contusives dans la région orbitaire gauche, une douleur profonde dans l'oreille gauche, des bourdonnements dans cette oreille, puis elle éprouva en plein cœur une sensation bizarre, comme si quelque chose la serrait ; elle s'assit brusquement et instinctivement dans son lit de crainte d'étouffer ; la région cervicale gauche était raide comme dans le torticolis ; l'épaule du même côté était un

peu douloureuse et les doigts de la main gauche étaient le siège des fourmillements ; voilà un accès d'angine de poitrine.

Le cœur bat à 84 sans lésions.

Le 10 février, au matin, apparaît un autre symptôme, le hoquet. N'a pas dormi la nuit. A été agitée, quoique se trouvant mieux , ouvre un peu les yeux.

Constipation (4 pilules écossaises).

Le 11 février, on apprend que le hoquet a duré toute la nuit ; il existe pendant toute la visite. La malade n'a pas été du ventre. (S. de magnésie, 25 gr. ; inspiration d'éther nitrique).

Le 12 février on note : Douleurs dans toute la tête. N'a pas dormi la nuit. A été tout agitée ; ferme les yeux, dit ne pas voir clair. Eprouve quelques fourmillements dans les doigts de la main gauche. Intelligence très lucide. Répond très nettement et très-vite aux questions.

A la contre-visite persistance du hoquet ; douleur à la pression entre les attaches du sterno-cleido-mastoïdien. A eu cinq selles dans l'après-midi. Ferme encore les yeux, voit trouble. On la fait marcher en la soutenant ; elle se tient difficilement debout et penche fortement la tête à droite ; elle affecte la même position quand on l'asseoit sur une chaise ; sa tête tourne. L'intelligence continue à être très nette, la langue n'a pas dévié. (Potion avec sirop de morphine 30 grammes ; injection de 1 centigr. de chlorydrate de morphine au niveau du sterno-cleido mastoïdien).

Le 13 et le 14, le hoquet a diminué ; fourmillements dans la main gauche. Sensation de vide dans la tête. Strabisme convergent ; a beaucoup de peine à s'asseoir sur son lit, elle craint toujours de tomber du côté droit.

Le 15, pas de hoquet. Nuit tranquille.

Le 16, ne voit pas clair. Céphalalgie passagère. Quelques fourmillements dans le bras droit ; hoquet par moments.

Le 17, a mal à la tête ; la pression des nerfs sus et sous-orbitaires et de toutes les branches accessibles du trijumeau ne réveille pas de douleurs.

Le 18, on note qu'il n'y a pas eu de hoquet pendant la nuit. Les yeux sont encore fermés, mais la malade les ouvre mieux ; encore un peu de strabisme. Vue plus nette.

19 février.—N'a pas bien dormi. N'a pas eu le hoquet hier de toute la journée et ne l'a pas ce matin. Les yeux sont bien ouverts, la malade distingue bien les objets quoique voyant trouble de temps en temps. S'est levée hier dans la journée et a éprouvé moins de vertige.

20 février. — L'amélioration persiste, mais la tête tourne toujours ; il n'y a pas de hoquet.

21 fév. — La malade voit clair et distingue bien les objets.

22 fév. — Elle se plaint d'un peu de gastralgie.

23 fév. — Le hoquet reparaît, la tête tourne un peu et la malade a de la diplopie.

Le 24 et le 25, elle accuse les mêmes symptômes, avec un peu de fourmillement dans le bras droit.

Cet état s'améliore peu à peu et le 27 on signe l'exeat *de cette femme*, incomplètement guérie.

Commentaires. — Il s'agit ici d'une femme *très-nerveuse* ayant eu des crises d'angine de poitrine compliquées de migraine ophthalmique et de *hoquet* persistant ; pas de lésions cardiaques.

Observation IX (*Liégeois, ibid*).

Jeune névropathe, émotif. — Névralgies dentaires. — Tic douloureux. — Crises angineuses durant dix minutes.

M. S..., âgé de 22 ans, que je vois le 31 décembre 1875 est un jeune homme au teint frais, ayant des apparences féminines. Il a déjà éprouvé bon nombre d'accidents nerveux : « Cela tient de famille », dit il. Sa mère est névropathe.

M. S..., à la moindre émotion un peu vive, est pris de tremblement du membre supérieur gauche.

Durant toute l'année 1874, il a ressenti dans les dents des élancements soudains, précipités, excessivement douloureux, se présentant quatre ou cinq fois par jour, pendant un quart d'heure environ, chaque fois, accompagnés de congestion du visage, d'injection des yeux et de grimacements involontaires. Trois dents cariées furent extraites sans résultat. Ce tic douloureux continua et il a cessé spontanément dans les premiers jours de 1876.

Enfin, quand M. S... apprend une bonne nouvelle ou qu'il s'attend à recevoir quelqu'un de sa famille et que celui-ci se présente à lui, éprouve tout à coup ou bien une douleur très-vive au creux épigastrique, s'irradiant parfois dans les hypochondres droit et gauche et apaisée par la pression, où bien une douleur sous-sternale, également très-vive, constrictive, angoissante, s'irradiant jusque dans l'épaule gauche mais ne durant jamais plus de dix minutes.

Observation X (*Bernheim. — Clinique médicale*, 1877).

Angine de poitrine hystérique à début périphérique..

« Vous avez vu, dit-il, dans notre service, cette femme névropathique, âgée de 40 ans, qui a eu comme jeune fille, des crises hystériformes avec la sensation de boule caractéristique. Depuis 10 ans elle n'a plus les attaques mais elle est sujette à des battements de cœur qui s'accompagnent souvent de la douleur spéciale à l'angine de poitrine, douleur qui commence sous le mamelon gauche, s'irradie dans le dos, passe par l'épaule gauche et se propage le long du bord interne du bras gauche jusque dans les doigts, qui deviennent en même temps le siège de fourmillements, les accès durent souvent une demi-heure, ils ne s'accompagnent pas d'angoisse notable, ni de défaillance. Souvent la douleur existe seule, sans battements de cœur, pendant plusieurs jours. L'hiver dernier, cette femme qui est bien réglée et dont l'examen physique ne révèle rien d'anormal ni au cœur ni ailleurs, est restée pendant trois mois sans pouvoir dormir, en proie à une douleur précordiale qui s'irradiait parfois dans le bras. Le printemps a été assez bon pour elle, mais le 18 juin dernier, pendant qu'elle préparait son souper, elle eut une sensation d'étouffement suivie d'une douleur vive qui, commençant par l'extrémité des pieds, remonta vers la région du cœur et de là vers l'épaule et le bras gauche. Depuis lors, elle est de nouveau sujette à ces crises. Quelquefois la douleur existe seulement dans les doigts ou dans le coude, avec un sentiment de faiblesse continue qui l'empêche de tenir son ouvrage. Ajoutez à cela des vomissements, quelques défaillances non liées aux crises douloureuses (la malade en a eu trois depuis l'année dernière) : voilà un en-

semble de symptômes qui accuse une névropathie mal définie. L'angine de poitrine figure, comme la douleur sincipitale parmi les manifestations de cette névropathie.

Observation XI (*in thèse d'Aubry*, 1882, *résumée*).

Angine de poitrine chez un hystérique homme. — Début lypothymique de la crise, puis troubles congestifs multiples. Exercices violents sans effet sur la production des crises. — Aux crises angineuses succèdent des accès d'oppression avec menaces de suffocation. — Cauchemars. — Spasme œsophagien. — Boule hystérique.

M. X..., 23 ans, aide-médecin de la marine est atteint depuis deux ans de palpitations irrégulières. Très émotif, il mène une vie régulière et n'abuse pas du tabac.

En mai 1878, il a de violents accès de palpitations. Une nuit, il est réveillé en sursaut en proie à une angoisse extrême avec sentiment de constriction thoracique sans gêne réelle de la respiration.

Le 10 juin, c'est une sensation d'aplatissement du thorax dont la paroi antérieure se rapproche du rachis. Les battements du cœur sont faibles et ralentis ; la syncope imminente. Puis les battements augmentent de force et de fréquence, le choc précordial devient violent, les artères du membre supérieur et du cou dilatées largement à chaque impulsion de l'ondée sanguine s'ébranlent.

A l'état lypothymique avec nausées, au refroidissement des extrémités succède une chaleur générale avec mouvement congestif vers la peau, face vultueuse, bourdonnements d'oreille et sueurs profuses. Toute cette scène a duré 3 à 4 minutes.

Jusqu'en septembre les palpitations demeurent fréquentes. Le malade éprouve des sensations bizarres, remplacées par un ralentissement puis une accélération tumultueuse des battements du cœur.

Entre temps, il s'est développé un état dyspeptique prononcé qui a fait supprimer le café et restreindre beaucoup l'usage de tabac.

Le 17 octobre 1878, premier accès typique d'angine de poitrine. Il est annoncé vers 4 heures de l'après-midi, le malade étant assis tranquillement chez lui et lisant, par une sorte *d'aura à siège abdominal.* C'est une sensation de gonflement profond, d'expansion douloureuse de tous ses viscères de la cavité péritonéale, sensation des plus étranges qui, partie de tous les points du ventre, converge en se multipliant, en s'amoncelant vers la région du plexus solaire. Les testicules sont plus gros, ou plutôt il semble qu'on ait insufflé de l'air entre leurs enveloppes. Angoisse thoracique et barre entre les mamelons. L'anxiété est au maximum : une sueur froide perle au front et à la paume des mains, il se produit un frémissement de tout le corps. Puis, sur la douleur constrictive et diffuse il s'établit une autre douleur plus aiguë, pongitive et traversant d'avant en arrière, comme d'un stylet plongé dans la poitrine. Enfin une souffrance, comparable à une décharge électrique pour la violence et l'instantanéité, parcourt tout à coup la partie interne du bras et le plexus cervical superficiel du côté gauche. Si brève que soit la sensation, le malade perçoit comme une ligne de feu qui marque, sans confusion entre eux, le trajet des plus petits rameaux nerveux.

La fin de l'accès est, aussitôt après ce paroxysme, suivie d'un grand soulagement ; le cœur bat à coups précipités comme s'il avait à se débarrasser d'une tension nerveuse en excès et reprend peu à peu la régularité de ses fonctions. Il y

a des éructations qui diminuent la repletion gazeuse de l'estomac, une sécrétion exagérée de larmes ; enfin, émission d'une grande quantité d'urines pâles.

Pendant plusieurs mois, des accès analogues, mais moins intenses, ont lieu dans l'après-midi, avant le dîner, parfois encore dans les premières heures de la nuit, jamais dans les deux heures qui suivent le dîner.

M. X... se livre, sans essouflement, aux exercices les plus violents sans provoquer d'irrigularités circulatoires.

« Chaque accès, un ou deux par mois en moyenne, laisse après lui une détente, un bien-être qui fait désirer leur réapparition lorsque la dyspepsie, les douleurs vagues dans le bras gauche et la poitrine, les auras avortées, l'impressionabilité excessive du caractère constituent un état névropathique par trop gênant. L'accès est plus complet, plus sévère, la santé plus parfaite dans les intervalles, quand les phénomènes prémonitoires ont fait défaut, et, par une sorte de balancement, les accès faibles ou incomplets se disséminent, se résolvent en manifestations pénibles de diverse nature. »

Quoi qu'il en soit, malgré ses terreurs et sa susceptibilité, M. X..., se laisse rassurer par ceux à qui il avait demandé conseil, et cesse toute médication active. Le bromure de potassium n'a produit que des éruptions cutanées.

Au commencement de l'été 1879, les accidents angineux, surtout les phénomènes douloureux se sont atténués. Le ralentissement et l'accélération des systoles s'observent toujours. L'aura, la douleur au bras, l'angoisse poignante, le gonflement des bourses, les nausées ne se représentent plus. « La douleur rétrosternale localisée a fait place à une sensation bien moins aiguë, mais bien plus persistante d'aplatissement d'avant en arrière de la cage thoracique.

Le malade attribue cette douleur au plexus nerveux pulmo-

naire et fait très bien la différence entre la menace de suffocation qu'il éprouve maintenant et la menace de syncope qu'il éprouvait auparavant. »

Aucun bruit anormal à l'auscultation.

« Pendant le reste de l'année 1879, phase d'apaisement relatif, les accès de dyspnée ou de faux asthme, prenant définitivement la place de l'angor. Au bout d'une heure ou deux, le patient est délivré de son oppression et reprend son activité et sa bonne humeur, après des soupirs, des baillements réitérés et une émission d'urines abondantes. L'attention trop longtemps fixée sur lui-même, ou le souvenir des accès passés réveillent chez M. X... un état d'appréhension, avec frissons, sueurs froides et sensations ci-dessus indiquées. Parfois un point névralgique à l'épaule, au coude, à la poignée du sternum. » Parfois, *cauchemars*, *spasmes œsophagiens*, *sensation de boule, gêne de la déglutition.*

Ce phénomène hystériforme, observé une fois, s'évanouit après 36 heures.

Dans le mois de décembre, les accès ne sont revenus que deux fois.

Le malade se livre à des exercices violents auxquels il fait succéder des douches. De loin en loin, quelques palpitations, un peu de pesanteur sternale, ou d'inquiétude respiratoire

Observation XII

(*H. Osgood. — The american Journal of the medical sciences* 1875). *Traduction personnelle.*

Le premier des cas que j'ai eu à observer récemment est celui d'une jeune dame qui avait souffert de névralgies hystériques pendant plusieurs années. Il y a deux ans, je la saluai

en lui prenant la main gauche et fut frappé de l'état de froideur de son petit doigt. Amené ainsi à explorer la sensibilité, je trouvai qu'elle était diminuée, de même que celle de la partie correspondante de l'annulaire. En interrogeant la malade, j'appris que tout son bras gauche était engourdi et parfois douloureux, et que le cœur était le siège d'une sensation de pesanteur pénible.

Nothnagel pourrait revendiquer ces symptômes prodromiques à l'appui de sa théorie du spasme primitif des artères. Le premier accès fut signalé par des phénomènes instructifs.

Quand j'arrivai chez la patiente, je la trouvai étendue sans connaissance, la face un peu rouge. Pouls 140. Respiration laborieuse, main gauche relativement froide. J'essayai de la stimuler par des questions auxquelles elle répondit d'une manière égarée, répétant invariablement le dernier mot de ma question, ne disant rien de plus et prononçant même ce seul mot avec beaucoup de difficulté. Je la fis déshabiller et la vis de nouveau après qu'on l'eut placée dans son lit. Le cas m'embarrassait. Je fis prendre du brandy à ma malade. A ma grande surprise, en quelques minutes le pouls tomba de 140 à 90. Ce fait me fournit le premier fil conducteur, pour résoudre la difficulté.

Un peu revenue à elle, la malade, tantôt se serrait le bras gauche, tantôt portait brusquement sa main droite vers la région du cœur, qu'elle étreignait. Mon diagnostic fut alors : angine de poitrine. Lorsqu'elle eut encore davantage repris connaissance, la patiente fit signe qu'on lui donnât du papier et un crayon et écrivit : je ne puis parler, mais je me sens mieux. Quelques minutes plus tard, comme je la questionnais, elle me montra du doigt la région du larynx et secoua la tête (encore incapable de parler), ceci indiquait que les nerfs

du larynx étaient intéressés. Mais son expression et ses gestes me disaient la douleur qui la torturait.

Dans les intervalles, je lui administrai à haute dose de la teinture d'opium, du brandy, du laudanum, de l'ammoniaque mêlée à du laudanum. Sinapismes sur la région du cœur, bouteilles d'eau chaude aux pieds et aux mains. Le premier accès était passé, mais, en moins d'une heure, il en vint un second qui fut suivi de plusieurs autres dans l'espace de trente-six heures.

Ma cliente s'affaiblissait graduellement. Sous l'influence de doses considérables d'opium, de brandy, de teinture de valériane, elle se remit encore, et pendant les deux mois qui suivirent, les attaques furent moins violentes. C'est alors que survint un paroxysme auquel je crus que la malade allait succomber.

Le même traitement, renforcé de la galvanisation (Duchene) et d'application de glace sur le cœur (Romberg) en vint finalement à bout.

Dans l'intervalle, la teinture de valériane rendit des services et il me sembla qu'elle avait une valeur prophylactique. Contre un nouvel accès, j'employai, pour la première fois, le nitrite d'amyle ; commençant avec deux gouttes (en inhalations), je fus obligé d'augmenter la dose, jusqu'à en user presque la valeur d'une cuiller à thé. Le résultat fut heureux, l'accès fut coupé court. Les trois ou quatre suivants furent moins sévères. Le nitrite d'amyle triomphait et de plus avait par son action rapide, une influence heureuse sur le moral de ma cliente.

Pendant les huit derniers mois, pas d'accès.

J'ai remarqué que durant les six mois de crises angineuses, le bras gauche était non seulement engourdi, mais moins fort et moins volumineux que le droit.

« L'observation que je viens de relater, ajoute Osgood, me révéla une différence marquée, pendant l'attaque, entre les deux pouls radiaux. La contraction du pouls radial précédait la crise et en même temps ma cliente sentait que le paroxysme allait éclater. Guidé par ces symptômes, j'administrai fréquemment des remèdes avant qu'aucun autre symptôme apparût et invariablement, je constatai qu'aussitôt le pouls du côté gauche reprenait sa force accentuée et qu'en même temps la sensation douloureuse cessait.

Pendant un accès, le pouls droit était plus faible qu'à l'état normal, mais tandis qu'il était toujours perceptible, le gauche disparaissait fréquemment. Ces constatations me firent soupçonner l'existence d'un spasme vaso-moteur du bras gauche.

La théorie de Von Dusch est peut-être correcte, qui attribue la petitesse du pouls gauche à des contractions spasmodiques du cœur, d'où résultent une diastole incomplète et un apport insuffisant de sang aux artères. Mais cette explication est bonne quand la petitesse du pouls se manifeste seulement dans le cours de l'attaque, elle ne convient pas au cas où elle la précède, et ne rend pas compte de la différence de volume des deux pouls radiaux pendant la crise.

Dans cette observation, le trajet suivi par la douleur était rapidement parcouru. Elle s'élançait à l'oreille (?) au côté gauche de la mâchoire inférieure, à l'œsophage (produisant la sensation de boule), au larynx (aphonie) intéressait le phrénique (respiration singultueuse) et le plexus brachial jusqu'aux doigts. »

Osgood fait suivre cette observation de quatre autres dont trois concernent de *jeunes femmes*, la quatrième une femme de 57 ans. Nous ne les reproduirons pas parce qu'il n'est pas question d'hystérie. Les antécédents d'ailleurs n'y sont pas notés.

Toutefois elles offrent de l'intérêt en raison des troubles vaso-moteurs qui y sont consignés. Dans deux cas, l'attaque s'accompagnait de syncope. Osgood insiste sur l'action efficace du nitrite d'amyle qui permit aux malades de se livrer ultérieurement à toutes sortes d'exercices, sans craindre le retour de l'angine. Le pouls était plus petit à droite qu'à gauche. Dans un cas (femme de 17 ans), la respiration est singultueuse, il y a une vive dyspnée, sensation de boule, aphonie.

L'auteur n'admet pas la distinction entre les vraies et les fausses angines. Il ne croit pas à la simulation. Quand une crise se manifeste comme complication d'une affection cardiaque, c'est plutôt une coïncidence qu'un symptôme de la maladie organique.

Observation XIII.

Un cas d'angine de poitrine hystérique (Macdowal) (1).
(Traduction personnelle)

Antécédents héréditaires nerveux et rhumatismaux. Syncopes. Somnambulisme. Attaque de rhumatisme aigu à 17 ans. Tympanisme persistant que la malade prend pour une grossesse. 2° attaque de rhumatisme à 20 ans. 1er accès d'angine

1. Macdowal. Edinburgh medical journal, sept. 1882, 1re partie, tome XXVII.

de poitrine deux mois après. Tentative de suicide. Manie furieuse. Hallucinations. Boule hystérique. Nouveaux accès angineux. Pas de lésion cardiaque. 3 à 5 accès dans les 24 heures. Parfois vive dyspnée. Guérison.

Mme M..., âgée de 24 ans, est admise à l'hôpital de Northumberland en juillet 1880. Elle a six sœurs et un frère, tous actuellement vivants.

Une sœur a été atteinte d'une affection de la colonne vertébrale. Un appareil plâtré à prévenu une déformation imminente. Son frère, maintenant âgé de 28 ans, a beaucoup souffert de maux de tête. Il y a un an, il eut une attaque de nerfs attribuée à l'épilepsie. Il mène une existence irrégulière. A l'exception de la sœur déjà mentionnée qui a eu une attaque de rhumatisme aigu, les autres jouissent d'une excellente santé.

Père, grand buveur, mort de fièvre typhoïde.

Mère, vit encore, caractère très violent.

Ma malade était une joyeuse enfant, mais d'une constitution peu robuste. « La moindre promenade amène des syncopes ou tout au moins des lypothymies. Réglée à douze ans. Santé assez bonne, mais un peu languissante. Deux ans après l'apparition de la puberté, la malade a des accès de somnambulisme qui disparaissent au bout de quelque temps. A dix-sept ans survient une attaque de rhumatisme aigu (fièvre rhumatismale).

Depuis lors, la malade fut très tourmentée par des rêves érotiques. Toutefois sa conduite reste chaste, au dire de Macdowal. Les visions indécentes ont lieu du côté gauche du lit de la malade et les stratagèmes qu'elle emploie pour s'en défaire n'ont aucun succès. Deux ans plus tard, la malade se croit enceinte, et son ventre augmente réellement de volume.

Un médecin attribue la tuméfaction à la tympanite. Néanmoins Mme M... est fermement convaincue d'avoir donné naissance à un enfant. En dormant elle se tenait comme si l'enfant eut été dans ses bras. Au réveil toutes ces imaginations disparaissaient.

La première attaque de rhumatisme eut lieu à 17 ans, et bien qu'elle eut duré trois mois, *le cœur resta indemne*. La santé reste délicate et ces douleurs persistent jusqu'à 19 et 20 ans. A cet âge, deuxième attaque à la suite de laquelle la malade se rétablit plus rapidement ».

Environ deux mois après, elle fut prise d'une douleur soudaine dans la région du cœur. Cette douleur était paroxysmique et continua de se faire sentir pendant six semaines. Un médecin crut à de l'angine de poitrine, un autre dit qu'il s'agissait d'hystérie.

Elle guérit en prenant de la « chlorodyne » au moment où l'accès semblait devoir éclater. Cette douleur était si intense dit la malade, qu'elle évitait tout exercice, par crainte que la douleur ne reparût. Elle restait des journées étendue sur un sofa, n'osant pas même rire, comme si la plus légère émotion dût la tuer immédiatement. Enfin, il lui fut possible de sortir, mais sa santé restait délicate, les douleurs rhumatismales persistaient, il y avait un malaise continuel au cœur.

Il en fut ainsi jusqu'à vingt et un ans. A ce moment nouvelle attaque cardiaque. La malade reste six semaines à l'infirmerie de Newcastle où on l'a ramenée. Là on dit qu'elle souffrait d'une névralgie des nerfs du cœur. Lorsqu'elle fut retournée chez elle, elle prit des narcotiques, surtout de la chlorodyne à doses invraisemblables. Cette soif de drogues était irrésistible. Bref la vie lui devint un perpétuel tourment et elle fit deux tentatives de suicide. Incapable de s'employer à un travail actif, elle passait son temps à dévorer les nouvelles à

sensation. Tel était son état quand eut lieu la catastrophe du pont de la Tay.

« Elle se fait emmener sur le lieu de l'accident, voit des gens à la recherche des cadavres, pousse un cri de terreur et tombe dans une attaque de manie furieuse. Menée à cet asile, elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; puis son état s'amende un peu. Toutefois pendant qu'on l'interroge, et à d'autres moments aussi, un frisson violent la secoue, son visage exprime la détresse et l'anxiété, elle se plaint de souffrir *dans le dos* et le *sommet de la tête*. »

Examen physique. — Cheveux foncés, yeux gris, pupilles égales et dilatées, face pâle et paraissant bouffie, le corps ne présente aucune infirmité. Toux légère, poumons sains en apparence. Battements du cœur irréguliers. *Aucun bruit morbide*, pouls 72, faible et petit. Langue un peu sèche, non chargée, appétit suffisant, selles irrégulières. Menstruation normale et régulière.

22 janvier. — Depuis la dernière note, légère amélioration. Odontalgie non calmée par l'avulsion d'une dent. Malade hébêtée et confuse. Elle tremble fréquemment comme sous l'influence d'une vive terreur. Le 30, tympanite douloureuse, lavements ; les hallucinations reparaissent ; chloral et bromure.

19 mars. — Après une amélioration de plusieurs jours, la malade retombe dans l'état où elle se trouvait lors de son admission, état d'excitation et de violence. Hyosciamine et chloral.

3 mai. — Attaque d'hystero-manie, boule hystérique, grande excitation vasculaire, congestion de la tête et des yeux, battements tumultueux du cœur, pouls plein et bondissant, céphalalgie combattue par le froid. »

13 juin. — La malade fut subitement prise d'une douleur aiguë dans la région précordiale. Le pouls était rapide et bon-

dissant, parfois intermittent, environ toutes les trois ou quatre pulsations. La douleur était diminuée par le nitrite d'amyle qui produisait ses effets physiologiques habituels. Rien au cœur qui fut examiné soigneusement. Le 14, la malade se plaint encore de la douleur, qui revient par intervalles avec irradiations dans le dos et l'extrémité du bras gauche soulagement rapide avec injection hypodermique de morphine.

Le 15, état meilleur, mais la douleur revient pendant la nuit; soulagement avec morphine et digitale, cataplasmes de lin et de moutarde sur la région du cœur, fonctionnement du cœur encore intermittent, normal d'ailleurs, ni dyspnée, ni toux.

Aujourd'hui 18, attaque plus sévère que jamais, promptement améliorée par l'opium. La modification due au médicament déroute le diagnostic. Au moment du paroxysme, la situation de la malade est très pénible, mais l'angoisse n'est pas telle qu'elle s'observe d'ordinaire dans l'angine de poitrine. En dehors des accès, il n'y a pas d'autre symptôme notable qu'une sueur abondante, une légère douleur dans un ou deux doigts et de la bouffissure de la face. Aucune élévation de la température, pouls tranquille et régulier, mais appétit toujours mauvais. Haleine fétide.

3 juillet. — Les symptômes qui se sont manifestés le 13 juin pour la première fois sont maintenant beaucoup plus accusés. Il y a une hypéresthésie marquée de la région précordiale. Un frémissement se manifeste à la palpation. A l'auscultation, premier bruit un peu sourd, mais aucun signe de grave lésion. La douleur paraît intense, au moment de l'accès. La malade se tord, tant est vive son angoisse, et elle prend d'extraordinaires attitudes.

Il semble qu'elle obtienne quelque soulagement en exerçant une pression sur sa poitrine, en serrant ses genoux de toutes ses forces contre la paroi précordiale ; pour que la pression

soit plus forte, elle interpose ses mains, ou un objet de literie quelconque.

« La morphine seule, en injections, diminue la douleur, qui continue moins forte, *plusieurs heures*. L'accalmie survient cinq minutes après l'administration du narcotique. Il y a de trois à cinq accès dans les vingt-quatre heures.

Parfois, dyspnée vive, sensation de mort prochaine. La face est parfois pâle, plus fréquemment rouge. Sueurs. Pouls rapide, intermittent. On défend à la malade de sortir du lit, car le mouvement provoque une crise.

Le soir, bromure de potassium, lait, parfois un peu de pain.

Les jours suivants, la malade accuse des douleurs dans les jointures qui, d'ailleurs, ne présentent ni rougeur, ni gonflement.

Pouls 102, plein et bondissant. Température 98°9 Farenheit (37°2). Troubles digestifs dus probablement à la morphine. Douleurs plus vives et plus fréquentes. Six à dix accès dans les vingt-quatre heures. Malgré les hautes doses de morphine, ni sommeil, ni assoupissement, aucune modification de la pupille.

Parfois la crise survient avec une grande soudaineté, justement pendant le sommeil.

24 juillet. — Depuis quelques jours, amélioration. Le caractère des accès a changé, mais la malade fait évidemment des efforts volontaires pour leur conserver leur aspect extérieur. Elle ne réussit pas à tromper ceux qui l'observent. Quelques jours plus tard, la malade sort guérie. »

Nous avons mis entre guillemets les passages de cette observation que nous avons cru pouvoir résumer, au lieu d'en donner la traduction intégrale.

Observation XIV

(*Charcot et Mendelsohn de St-Pétersbourg, in Marie, Revue de médecine*, 1882).

Quintes de toux. — Crises nerveuses. — Irascibilité. — Hystéro-catalepsie. — Ménorrhagies. — Cardialgie survenue à 22 *ans. — Deux espèces d'attaques : attaques complètes et incomplètes. —* 1re *période : Douleur angoissante. — Face pâle. — Cœur et pouls presque insensibles. —* 2e *période : Face rouge, accélération de la respiration et de la circulation,* 130-150 *pulsations par minute. —* 3e *période : Cœur bat moins vite, tremblement rythmique des extrémités. — Crise de larmes.*

Mme X..., âgée de 26 ans, née de parents nerveux (sa mère a eu une maladie de cœur et est morte à 36 ans, après avoir pendant quelque temps abusé de la morphine ; son père est bien portant, mais très nerveux).

Mme X..., a eu la rougeole pendant son enfance et jusqu'à l'âge de 10 ans, elle a été bien portante, mais éprouvait fréquemment des points de côté dans la région cardiaque après tout exercice un peu violent, aussi s'en dispensait-elle autant que possible ; à onze ans, elle a eu la variole ; à douze ans, elle a été réglée et abondamment toutes les quatre semaines ; à treize ans, elle fut prise de quintes de toux ; à quinze ans, elle a commencé à avoir des crises nerveuses, caractérisées par des mouvements convulsifs et une douleur dans le dos. Ces crises venaient le plus souvent à la suite d'une émotion. En général, elle était très irritable et très irascible ; elle ne tombait pas pendant ces crises, elle ressentait une irritation

dans tout le corps, une douleur dans le dos, suivie de mouvements convulsifs dans les extrémités et même dans la face ; cet état convulsif durait une demi-heure à une heure et cédait la place à un état de prostration, une espèce de léthargie (comme dit la malade) ; elle entendait tout, mais elle ne pouvait pas répondre ; elle était insensible, le corps demi raide ; cet état, regardé par des médecins comme un état de catalepsie, a duré bien souvent vingt quatre heures.

En même temps, les pertes de sang, pendant la menstruation, sont devenues considérables et l'anémie, suivie d'amaigrissement et de faiblesse, a mis en danger la vie de la malade.

A dix-sept-ans, elle a fait une cure à Franzensbad, suivie d'un séjour en Suisse, d'où elle est revenue dans un état de santé sensiblement amélioré,les crises convulsives ont disparu presque tout à fait et il n'est resté que la douleur dans le dos.

A dix-neuf ans elle s'est mariée et à vingt ans elle s'est séparée de son mari.

A vingt-deux ans, elle a commencé à avoir des attaques de cardialgie qui sont devenues plus fortes, surtout après une chute sur le côté gauche d'une hauteur de plusieurs mètres. Ces attaques qui ont pris un caractère de plus en plus grave, durent jusqu'à ce moment, et ont été regardées par plusieurs médecins comme une vraie angine de poitrine.

La malade m'a consulté il y a un an (octobre 1880) et depuis ce temps, j'ai eu l'occasion de bien observer ces attaques dans toutes leurs formes. Les attaques, du reste, ne sont pas toutes les mêmes, et en les observant d'une façon très minutieuse, je suis arrivé à la conclusion qu'il y a deux formes d'attaques chez notre malade : attaques complètes (attaques types) et attaques incomplètes (attaques avortées). Dans cette dernière

forme, il manque une ou deux périodes, et les périodes elles-mêmes sont modifiées, moins graves et moins durables. Voici la description d'une attaque complète, d'une attaque type ; elle se compose de trois périodes, précédées souvent d'une période de prodromes :

L'attaque survient parfois subitement, mais le plus souvent elle est précédée d'une période prodromique qui consiste en un malaise général ; la malade ressent une douleur dans le cœur et un peu d'oppression, tout le côté gauche du cœur lui paraît engourdi, parfois elle a mal à la gorge et comme un spasme de l'œsophage qui l'empêche d'avaler ; elle a des quintes de toux, elle est irritable, elle dort mal, elle n'a pas d'appétit ; cet état se prolonge parfois plusieurs heures et même toute une journée.

Tout d'un coup, la malade ressent une douleur insupportable dans la région précordiale, c'est un saisissement, « un serrement », comme elle dit ; cette douleur est accompagnée d'une angoisse extrême, d'une douleur invincible ; elle se sent mourir, bientôt cette douleur s'irradie dans le plexus cervico-brachial gauche, de sorte que la malade ressent une douleur dans le cou, dans le bras, dans le bord interne de l'avant-bras et dans les quatrième et cinquième doigts (région du cubital) ; parfois la douleur apparaît aussi dans la jambe gauche, en même temps, l'expression de la figure change, les yeux sont hagards, la face pâlit et devient bleuâtre, presque livide et froide ; la respiration se suspend presque tout à fait dans la période d'inspiration qui est sifflante.

Il n'y a que quatre à six respirations par minute et parfois même deux seulement ; le pouls et les battements du cœur sont presque insensibles : la malade est agitée, cherche un point d'appui car, dit-elle, « elle sent qu'elle s'en va. » Les pupilles sont contractées et égales des deux côtés.

Cette première période ne dure que trois à six minutes et fait place à la deuxième période.

Alors la face de la malade devient très rouge et chaude (le côté gauche est alors plus rouge que le droit), les battements du cœur deviennent très énergiques, la respiration plus fréquente, mais toujours sifflante et avec une tendance à s'arrêter en inspiration. Le pouls est de 130 à 150 pulsations par minutes, avec des intermittences toutes les dix ou quinze pulsations. Cette période dure dix, quinze, parfois même vingt minutes, et avant que tous ces phénomènes aient disparu survient la troisième période.

Le cœur bat moins vite (100 à 120 par minute), l'oppression diminue ; mais le trait capital de cette période est un tremblement rythmique de toutes les extrémités et même dans les différents muscles de la figure, surtout dans les paupières ; la malade claque des dents, ce tremblement qui dure parfois une demi-heure et même une heure, est très pénible pour la malade et la fait souvent pleurer.

Parfois une nouvelle attaque survient un quart d'heure après la fin de la première, de sorte qu'en l'espace de trois à six heures, la malade peut éprouver trois ou quatre attaques :

Mais les attaques ne sont pas toujours aussi complètes : très souvent une ou deux périodes manquent ; parfois la première ou la deuxième survient seule, mais jamais la troisième, car celle-ci n'apparaît jamais qu'à la suite d'une des autres périodes. Parfois enfin, la période prodromique se répète plusieurs fois dans la journée sans aboutir à une vraie attaque.

Dans les intervalles des attaques, la malade n'éprouve aucun trouble cardiaque ou respiratoire.

Observation XV

(*Charcot cité par Marie. — Revue de Médecine*, 1882).
Hystéro-épilepsie. — Angine de poitrine à début périphérique. — Premier accès à dix-sept ans. — Disparition de la sténocardie.

Aurel.. ne peut donner sur ses antécédents héréditaires aucun renseignement ; elle-même jouissait d'une bonne santé jusqu'à l'âge de seize ans et demi ; elle éprouva alors des douleurs persistantes dans les articulations des membres inférieurs, et il lui arriva plusieurs fois de tomber parce que dit-elle ses jambes fléchissaient sous elle.

C'est à cette époque qu'elle éprouva une terrible émotion en voyant écraser sous ses yeux son frère et son neveu, à partir de ce moment elle fut en proie à de fréquentes attaques d'hystérie convulsive.

A l'âge de dix-sept ans, elle fut prise pendant la nuit de sa première attaque d'angine de poitrine, elle rend très-bien compte de ce qu'elle éprouva alors : douleur dans le bras gauche et dans le petit doigt, oppression et suffocation (il ne peut y avoir d'erreur à cet égard, car par la suite elle éprouva trop souvent les mêmes phénomènes pour pouvoir s'y tromper).

A partir de ce moment les attaques d'angine de poitrine revinrent fréquemment (huit à dix par an, affirme la malade).

A vingt-cinq ans, la faiblesse des jambes ayant fait des progrès, la malade en arrive à ne plus pouvoir marcher, mais ce n'est qu'à l'âge de trente ans, en 1851, qu'elle entre à la Salpêtrière ; on la mit alors dans le service des épileptiques, tant étaient violentes ses crises d'hystérie, que l'on considérait alors comme de l'épilepsie vraie.

Peu après, elle recouvra l'usage de ses jambes, mais pendant quelque temps encore, celles-ci restèrent agitées par un tremblement lorsqu'elle se tenait debout.

A cette époque, elle continuait à éprouver de violentes et fréquentes attaques d'hystérie qui nécessitaient souvent l'emploi de la camisole de force.

En 1858, son état s'étant notablement amélioré, elle obtint de sortir du service des épileptiques pour entrer dans une autre division ; nous transcrivons ici la note qui fut alors rédigée alors sur son état.

Aurel.. épilepsie, hystérie, est atteinte d'épilepsie depuis l'âge de vingt-six ans ; accès rares et survenant pendant le jour ; de plus, attaques d'hystérie très fréquentes, à la suite desquelles elle est restée plusieurs années paraplégique et n'a guéri que par l'électricité ; en même temps elle avait une paralysie de la langue.

Depuis trois ans, accès plus rares, par contre nombreux étourdissements à la suite desquels elle tente de s'égratigner, de se mordre, sans chercher à blesser les personnes qui l'entourent ; quelquefois ces étourdissements viennent sans prodrômes, d'autres fois ils sont précédés d'hallucinations. Anesthésie et analgésie du côté gauche, mais beaucoup moins marquées qu'à son entrée ; de temps à autre accès d'asthme avec anxiété précordiale et quelquefois sorte d'angine de poitrine.

Ce certificat est daté de 1858. Peu à peu les attaques d'hystérie allèrent en diminuant d'intensité et de fréquence à tel point qu'à partir de 1869 elles cessèrent complètement et la malade n'en avait pas une seule jusqu'en 1880 ; mais à cette époque, ayant éprouvé une grave contrariété, elle prit une nouvelle attaque d'hystérie qui d'ailleurs resta isolée.

Quant aux attaques d'angine de poitrine, il n'en était pas

tout à fait de même, bien qu'elles fussent moins nombreuses, elle restaient encore assez fréquentes (six à sept par an) jusqu'en 1880. Cependant elles semblent être en voie de décroissance rapide car en 1881, Aurel.. n'a eu que deux attaques d'angine de poitrine.

Nous ne pouvons reproduire ici toute la série des descriptions d'attaques qui se trouvent consignées dans l'observation de M. Charcot. Nous reproduirons une des plus complètes en ajoutant que le cœur et les vaisseaux soigneusement examinés ont toujours été trouvés indemnes.

Dans l'après-midi du 8 mars, la malade qui était très gaie dans la matinée, fut prise subitement d'une douleur dans le petit doigt du côté gauche, avec irradiations dans l'avant-bras, le bras et même le mamelon du même côté.

Elle eut à peine le temps de dire : « Ah que je souffre dans le petit doigt », que la douleur envahissait la région précordiale et que l'angine commençait ; la crise a duré deux heures, de trois à cinq, la douleur était à peine calmée que l'on transporta la malade à l'infirmerie où une nouvelle crise la reprit de neuf à onze heures ; dans l'intervalle entre les deux crises, la malade n'a cessé de souffrir dans le petit doigt.

9 et 10 mars. — La douleur persiste dans le petit doigt ; la respiration est saccadée, pénible ; mais il n'y a pas de crise.

11 mars. — A une heure du matin, nouvelle crise ; les douleurs du petit doigt gauche avaient été très-fortes la veille au soir ; après avoir éprouvé encore quelques exacerbations de son état d'opression. Dans la matinée la malade a une nouvelle crise à onze heures du matin ; elle est assise sur son lit le dos soutenu par plusieurs oreillers, la tête renversée en arrière, les yeux dirigés en haut, la face un peu pâlie ; elle se plaint de douleurs atroces dans le petit doigt gauche (elle les compare à des coups de lancette). Ces douleurs montent dans tout le bras

et s'irradient à la région précordiale, tout en conservant le même caractère, puis les douleurs s'exagèrent, la malade porte la main à la région précordiale, la respiration se ralentit, s'arrête pendant quelques secondes, et en même temps la face rougit comme dans un effort violent ; la crise se calme un peu, la face redevient pâle ; puis nouvelle exacerbation amenant une nouvelle rougeur de la face.

Pendant l'attaque d'angine de poitrine, le pouls est presque insensible à la radiale gauche, tandis qu'il est normal à droite ; nombre de pulsations, 90. Température rectale, 37°,6.

Après l'attaque, la malade fait remarquer que ses attaques sont toujours précédées par un refroidissement des membres inférieurs et de toute la partie gauche du corps qui, dit-elle, « devient comme du marbre. » D'ailleurs lorsqu'on la touche à ce moment, on sent nettement un abaissement de la température. Quant à la douleur du petit doigt gauche qui, en dehors des attaques, fait place à une sorte d'engourdissement, elle peut ou éclater immédiatement avant l'attaque, comme dans le cas actuel, ou bien la précéder de un, deux ou même trois jours.

État actuel (janvier 1882). — Aurel.. éprouve toujours de l'engourdissement dans le petit doigt gauche et se plaint que tout son côté gauche est notablement plus faible que le droit ; elle a conservé son hémianesthésie gauche ; elle est légèrement dyschromatopsique du même côté, et le rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche est notable ; on a essayé d'opérer le transfert par l'application de l'aimant, mais après une séance de vingt cinq minutes, on n'a rien obtenu. Persistance de l'ovarie gauche. Un peu de tic non douloureux de la face à gauche.

Observation XVI

(M. Huchard, mémoire cité).

Neuro-arthritisme. — Premier accès angineux à 54 ans. — Un accès tous les jours pendant un mois, survenant presque régulièrement de 1 à 2 heures du matin. — Irradiations bilatérales. — Pas de lésion du cœur. — Disparition de l'angine remplacée par névralgies et affections spasmodiques.

Mme L. S..., âgée de 55 ans, femme distinguée, fort intelligente, très impressionnable, a des antécédents arthritiques des plus accusés : grand-père mort de goutte, père hémorrhoïdaire et migraineux, mère ayant eu des coliques hépatiques. Elle a quatre enfants : un fils de 30 ans qui a eu dans son enfance des accès fréquents de faux croup et qui, il y a trois ans, a eu des hémoptysies fort abondantes, non suivies de tuberculose, que j'ai toujours regardées comme d'origine arthritique ; une fille impressionnable à l'excès, hystérique (accès de pleurs, météorisme abdominal, diarrhée ou constipation, palpitations fréquentes, terreurs nocturnes, quelques phénomènes vagues d'anxiété précordiale, etc.), une autre fille également hystérique atteinte depuis plus de trois ans d'anorexie hystérique ayant un caractère mobile, fantasque, capricieux.

Il y a quinze ans, cette malade a déjà eu des accidents spasmodiques assez variés, parmi lesquels il faut signaler : un état de contracture du sphincter anal tel que deux chirurgiens des plus éminents crurent à l'existence d'une fissure, dont tous les effets disparurent comme par enchantement au moment où ils se disposèrent à pratiquer la dilatation de l'anus ; un

spasme œsophagien qui nécessita même l'emploi du cathétérisme.

Puis, dans l'intervalle de plusieurs années, elle eut des accidents divers : spasmes de l'intestin, pseudo-tumeurs intestinales, concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin, herpès génital avec douleurs très vives précédant l'éruption vésiculeuse, spasme du col de la vessie, etc. De temps à autre, accès de désespoir, urines claires, limpides et abondantes, et d'autres fois chargées d'acide urique et d'urates. Il y a deux ans, accès de palpitations, phénomène du doigt mort, insomnie persistante, fatigues inexplicables, symptômes d'irritation spinale.

Il y a douze mois, pendant trente jours consécutifs, sans cause connue, elle est réveillée en sursaut presque toujours à la même heure (de une heure à deux heures du matin, la malade se couche ordinairement vers onze heures et minuit); elle se lève sur son lit, en proie à une anxiété profonde et indéfinissable, à une douleur violente à la partie supérieure de la région précordiale, d'autres fois à sa partie moyenne à gauche, d'autres fois encore exactement sous le sternum. Elle éprouve rarement la sensation complète de constriction de la poitrine ; mais il s'agit plutôt de la sensation d'un cœur énorme qui va faire éclater le thorax ; puis la douleur se propage au cou, aux mâchoires, à l'œsophage, où elle produit une véritable dysphagie pour redescendre à l'épaule, au bras droit et jusqu'aux deux derniers doigts où elle produit le phénomène du doigt mort. Deux fois, les irradiations sont bilatérales aux membres supérieurs. Cette attaque qui dure une demi-heure, mais plus souvent une heure et même deux heures, s'accompagne de refroidissement général, de sueurs froides, appréciables surtout à la face et à la paume des mains La malade est très effrayée de cet état, d'autant plus qu'il res-

semble, dit-elle, aux accès d'angine de poitrine extrêmement violents éprouvés par un de ses parents, le général C..., âgée de 75 ans. Mais le cœur est absolument indemne de toute lésion ; la durée des accès, leur forme, leurs allures, etc., indiquent qu'il s'agissait bien plutôt de pseudo-angine chez une neurasthénique et arthritique. Je la rassurai de mon mieux, prédisant à ces douleurs une issue favorable. Or un beau jour, sans cause connue, les accès disparaissent pour ne plus jamais revenir. Depuis cette époque, Mme L. S... a continué sa vie tourmentée par les névralgies et les affections spasmodiques les plus diverses et les plus nombreuses.

Observation XVII

(M. Huchard, mémoire cité).

Angine vaso-motrice. — Hémianesthésie gauche incomplète. — Anesthésie du pharynx. — Hémoptysies légères. — Aucun phénomène sthéthoscopique du côté du cœur ou des poumons.

J'ai été consulté tout dernièrement par Mme L. B..., âgée de 34 ans, femme d'un de nos honorables confrères. Pâle, anémique, extrêmement nerveuse et impressionnable ; elle souffre depuis quatorze mois de palpitations cardiaques très pénibles, contre lesquelles toutes les médications ont échoué. Ces palpitations surviennent surtout pendant la nuit, et sont d'abord suivies de quelques sensations anginoïdes : douleur au cœur, angoisse précordiale, sensation de cœur trop gros ; puis elle éprouve quelques fourmillements dans le bras gauche avec sensation de doigt mort.

Un jour je la vois arriver à moi avec l'effroi peint encore sur

son visage ; elle venait d'éprouver pendant plus d'une heure une attaque de douleur précordiale très violente avec une angoisse telle que deux heures après, le souvenir la terrifiait encore et lui faisait toujours craindre une fin prochaine.

La face était pâle, bouleversée, les extrémités froides lorsque je la vis.

Elle me raconta que la veille, elle avait été prise avant minuit d'un frisson général intense avec claquement de dents, tremblement des membres, refroidissement considérable très appréciable à la main, sueurs froides et un peu d'état cyanotique des extrémités. Son mari, qui est médecin, constata en même temps la petitesse extrême du pouls. Puis survint une oppression très violente, une douleur très vive avec angoisse extrême et crainte de mort prochaine.

La douleur qui existait non pas sous le sternum, mais dans toute la région précordiale et surtout à sa partie moyenne au niveau du quatrième espace intercostal, était caractérisée par une sensation, de plénitude, de distension du cœur, de cœur trop gros ; elle présentait des irradiations vers le cou, l'épaule et l'avant-bras, avec engourdissement et pseudo-parésie du membre supérieur gauche. En même temps, il y avait des palpitations très vives ; le cœur venait frapper violemment la paroi thoracique et de plus la malade présentait alors une anhélation réelle. Cet état persista pendant une heure ; une nouvelle crise moins forte se reproduisit pendant la nuit, puis le lendemain matin, mais en laissant persister une sorte d'anéantissement moral et physique pendant plusieurs jours.

L'examen plusieurs fois répété du cœur et des vaisseaux fut absolument négatif.

J'ai revu cette malade douze jours après ; elle présentait une hémianesthésie gauche incomplète, une anesthésie complète du pharynx et de l'épiglotte, une douleur très légère au

niveau de l'ovaire gauche; les extrémités étaient encore froides, et, à plusieurs reprises depuis ses crises de pseudo-angine, elle avait encore été prise de sentiment d'angoisse sans douleur vive, de plénitude et de distension cardiaque, de palpitations, avec quelques phénomènes de syncope locale dans les deux mains.

Mais un nouvel accident s'était produit. Elle avait eu quelques crachements de sang que je rattachai à l'hystérie en l'absence de tout phénomène stéthoscopique du côté des poumons. Du reste, elle avait déjà eu plusieurs hémoptysies qui n'avaient jamais laissé aucune trace, et surtout à l'âge de 15, de 16 et de 17 ans, époque à laquelle Demarquay, consulté, crut toujours à l'imminence d'une tuberculose sans jamais en constater les signes.

Observation XVIII (*M. Huchard, mémoire cité*).

Nervosisme. — Angine de poitrine vaso-motrice.

Mme de P..., non rhumatisante, indemne de toute affection diathésique, très impressionnable, nerveuse a été prise il y a trois ans pour la première fois, au moment d'un dîner, d'une angoisse, d'une douleur précordiale violente avec irradiations dans l'épaule et le bras gauche. Mais depuis deux ans, les accès qui se reproduisent presque tous les deux ou trois jours le plus souvent sans cause, sont surtout caractérisés par des troubles vaso-moteurs qui précèdent l'attaque. Sensation de « froid affreux », avec claquement des dents, partant des membres inférieurs et durant parfois 3/4 d'heure; abaissement notable de la température, puis nausées et léger état syncopal. C'est alors que survient la douleur précordiale laquelle torture le malade pendant une ou deux heures. Depuis un an les accès

ont diminué d'intensité ; mais ils sont plus fréquents, ils reviennent presque tous les soirs ou pendant la nuit. L'examen des organes ne permet de constater aucune lésion.

Observation XIX (*M. Hachard. Ibid.*).

Première attaque anginoïde vers le moment de l'apparition des règles. — Actuellemeut elle se répètent plusieurs fois par jour, et sont annoncées par une sensation douloureuse du côté de l'ovaire. — Entre temps sont apparus des stigmates hystériques. — Anesthésie du membre supérieur gauche, du pharynx et de l'èpiglotte. — Disparition des accès.

R..., Louise, âgée de dix-neuf ans, fleuriste, entre dans mon service de l'hôpital Tenon, salle Laënnec, n° 16.

La mère de cette malade était très nerveuse, mais elle n'a jamais eu d'attaque. Cette fille a eu une flèvre typhoïde à onze ans ; la rougeole à quatre ans, jamais de rhumatisme. Réglée à seize ans ; mais depuis cette époque les menstrues ne sont jamais venues d'une façon normale ; elles étaient irrégulières venant parfois tous les quinze jours. C'est vers le moment de l'apparition des règles qu'elle eut sa première attaque d'angine de poitrine. Autrefois elle avait deux attaques qui se succédaient à un ou deux jours d'intervalle, puis elle restait quinze jours sans en avoir ; aujourd'hui, elles se rapprochent de plus en plus, et c'est depuis six mois surtout que la malade s'est aperçue de ce changement, maintenant elle se répètent tous les jours, et même plusieurs fois dans la journée ou la nuit.

Voici de quelle façon elles surviennent. Autrefois elles ne se produisaient que sous l'influence d'une émotion, d'une contrariété, actuellement, elles apparaissent sans cause ; la malade

éprouve une sensation douloureuse du côté de l'ovaire, cette douleur remonte vers le creux épigastrique, le sternum où elle cause une véritable angoisse avec sensation de distension énorme du cœur, et de là arrive toujours à l'épaule gauche, où elle se termine. La durée de l'accès est variable, tantôt d'un quart-d'heure, d'autres fois d'une heure ; elle se termine parfois par une perte de connaissance, et souvent par l'émission d'urines claires et abondantes.

On constate une anesthésie du membre supérieur gauche, de l'anesthésie du pharynx et de l'épiglotte, des symptômes d'anorexie et de dyspepsie légère. Sous l'influence d'une médication par le bromure de potassium à la dose de 3 grammes par jour, les accès deviennent moins fréquents, ils ne se répètent plus que tous les dix ou douze jours.

Le 2 février 1883, la malade se plaint d'un point douloureux dans le sein gauche, de fortes palpitations. L'application d'un vésicatoire fait disparaître cette douleur.

15 février. — 124 pulsations sans fièvre ; les palpitations persistent aussi violentes. On constate l'existence d'un point hysterogène sur le trajet du sixième nerf intercostal gauche en avant, au-dessous du sein gauche, au niveau duquel on applique un second vésicatoire.

Le 26 février, la malade se plaint toujours de cette douleur, qui irradie souvent au cœur, à l'épaule et au bras gauche avec sensation légère d'angoisse. Les pulsations radiales ne sont plus qu'au nombre de 96. Les accès angineux ont complètement disparu, et la malade sort de l'hôpital à peu près guérie. Dans ce cas, les troubles angineux ont été certainement peu accusés ; ils ont eu pour caractère de faire pour ainsi dire partie des phénomènes de l'aura hystérique. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit d'une pseudo-angine de poitrine dans ce qu'elle a de plus atténué.

Observation XX

(*Rédigée par M. Rigolet, externe du servicede M. Huchard. — Inédite*).

Angine de poitrine hystérique à début périphérique.

Marie V..., marchande ambulante, 55 ans, entre le 29 octobre 1883, dans le service de M. Huchard à l'hôpital Tenon, salle Rayer, lit nº 4.

Son père est inconnu, sa mère est morte très âgée. Elle-même est habituellement bien portante, n'a jamais eu de douleurs articulaires, ni de battements de cœur. Toutefois, on constate chez elle des signes d'hystérie, anesthésie de l'épiglotte, plaques d'anesthésie disséminées sur le corps, crises urinaires, parfois, mais rarement, sensation de boule hystérique.

Il y a 16 jours seulement, en revenant de la halle, elle est prise d'une douleur subite dans la main gauche et les doigts. Presque aussitôt, la douleur remonte le long de l'avant-bras, le bras, l'épaule, le dos et la nuque puis revient dans les régions précordiale et hypogastrique où elle détermine une sensation de constriction et d'angoisse, sensation qui remonte tantôt vers le cou, tantôt vers l'hypogastre.

Cependant, la malade n'ose respirer et fléchit légèrement le tronc. Elle dit avoir ressenti, au moment de la douleur de violents battements de cœur.

Cette première attaque a duré une heure. Depuis, de nouveaux accès d'intensité variable, se sont produits, presque journellement, d'une durée variant de trente minutes à une heure, se manifestant tantôt la nuit, tantôt le jour, souvent à l'occasion d'un mouvement brusque, débutant toujours par la

main gauche et disparaissant sans laisser de trace douloureuse.

Quelquefois, un accès a suivi l'autre, à deux heures d'intervalle.

État à l'entrée à l'hôpital :

A mon arrivée, je suis témoin d'une attaque qui répond à peu près à la description donnée par la malade : Celle-ci est assise sur son lit, les yeux pleins de larmes, la figure légèrement congestionnée ; elle dit ressentir dans la région du cœur une douleur tellement vive qu'elle n'aurait jamais tant souffert même pendant ses couches.

La respiration est un peu brève, elle voudrait retenir les mouvements respiratoires, immobiliser le thorax. Les battements du cœur sont un peu précipités. Poul petit, régulier, 92. Pas de souffle, pas de frémissement vibratoire à la palpation. Douleur à la pression, sur tout le trajet du phrénique et principalement au point diaphragmatique gauche.

Traitement. — Bromure de potassium 4 grammes, quatre ventouses scarifiées sur la région précordiale.

Nous résumerons la fin de cette observation.

Les jours suivants, la douleur semble avoir disparu, il n'y a plus que des crises atténuées et plutôt un certain degré de névralgie intercostale.

Le 5 novembre, crise légère survenue pendant que la malade se rend au bain.

Du 7 au 19, jour de la sortie définitive, quelques accès de courte durée, un entre autres, qui débute par la main droite, accès mieux calmés par la morphine que par le nitrite d'amyle.

Observation XXI (*personnelle*).

Coxalgie hystérique. Fausse angine de poitrine. Forme vaso-motrice. Syncope.

La nommée Ver..., âgée de 29 ans, sans profession, très nerveuse, très impressionnable, entre le 22 février 1884 à l'hôpital Bichat, salle Récamier, lit n° 5.

Dans la nuit du 28 janvier, la malade a été prise d'une contracture de tous les muscles du membre inférieur, simulant une coxalgie. Cet accident est survenu sans cause bien apparente. La malade raconte seulement avoir fait une chute légère sur le côté droit quelques jours auparavant.

On recherche chez elle des symptômes d'hystérie et on ne trouve pas de convulsions antérieures ou présentes, pas d'anesthésie cutanée, mais l'ovaire droit est douloureux à la pression. Constitution d'apparence robuste, teint fleuri, adipose générale.

Le membre inférieur droit est dans la rectitude, la flexion est impossible. Il y a un raccourcissement apparent de 2 à 3 centimètres. La contracture est rebelle à toute médication ; vaincue par le chloroforme, elle a reparu avec la même intensité dès que la malade s'est réveillée.

Le 14 mars, l'interne du service, M. Marciguey est appelé auprès de la malade à 9 h. 1/2 du soir. Celle-ci, qui semble sans connaissance, et ne répond pas aux questions porte les mains vers le cœur et paraît souffrir vivement. Sa respiration est courte et précipitée, les yeux sont fermés, les mâchoires contractées. La peau est froide, le pouls régulier mais petit, la respiration bruyante ne permet pas d'entendre les battements du cœur.

Cette crise ne cède qu'au nitrite d'amyle ; le pouls se relève, V..., reprend connaissance et dit que la douleur vive qu'elle ressentait diminue. L'amélioration continue lorsqu'on renouvelle les inhalations et au bout d'une heure la crise a complètement cessé.

Au dire de la malade, elle éprouvait au niveau du cœur comme une constriction violente, extrêmement pénible.

Le bras gauche est engourdi, non douloureux, et la peau est pâle, surtout celle des mains. L'auscultation indique des bruits du cœur normaux. La malade a éprouvé à deux ou trois reprises des accidents analogues, alors la région correspondant à la pointe du cœur était douloureuse à la pression. Plus tard une aphonie presque complète et d'invasion brusque est venue donner un nouveau témoignage de la nature hystérique des accidents observés. D'ailleurs, un matin, V..., qui avait reçu une nouvelle agréable la concernant, se leva spontanément de son lit. La coxalgie, que rien n'avait pu modifier, avait disparu comme par enchantement.

Observation XIII

(*Hurd New-York-Medical Record, 1883*)
(*Traduction personnelle*).

Fausse angine de poitrine et palpitations chez une hystérique.

Mme N..., veuve, âgée de 35 ans. A perdu son père d'une maladie de cœur. Sa mère et six de ses sœurs sont mortes de phthisie pulmonaire.

La malade jouit d'une mauvaise réputation. Elle mène une vie irrégulière depuis plusieurs années. Sa mauvaise conduite a retenti sur son système nerveux.

Il y a un an, elle souffrit d'accidents hystériques, au dire de son médecin, qui la tinrent au lit pendant deux mois.

Actuellement. — Elle garde le lit constamment, et dit qu'il lui est impossible de se mouvoir. Elle se croit atteinte de phthisie au dernier degré, et meurt, dit elle, de l'affection qui a tué sa mère et ses sœurs. Elle ne manifeste aucun appétit et affirme n'avoir gardé aucune nourriture pendant quatre semaines. L'infirmière à son service confirme ce dire. Elle vomit tout : boissons et aliments. L'insomnie est absolue. Tous les jours, la malade crache et vomit du sang. Elle se plaint beaucoup de la poitrine, et pourtant les examens les plus complets souvent répétés, ne démontrent l'existence d'aucune lésion du cœur ou des poumons. Le pouls est normal. La fièvre nulle, et l'amaigrissement fait défaut malgré la non alimentation. La langue est nette. Les selles régulières de même que les menstrues. Il n'y a qu'un diagnostic a poser sur ce cas celui d'hystérie, créé pour masquer notre ignorance.

Le fait intéressant pour nous dans cette observation, c'est que la malade a de fréquentes attaques de palpitations et de cardiodynie, à nombre desquelles j'ai assisté. La douleur est très vive et se propage à tous les points du thorax, mais jamais aux bras. Cette douleur coïncide avec les palpitations. Le pouls bat de 120 à 140 et les bruits du cœur sont intenses. En même temps refroissement de la surface du corps et des extrémités.

Pensant qu'un spasme vaso-moteur, était la cause de ces phénomènes, j'ai employé largement le *nitrite d'amyle* pendant les paroxysmes et cela avec le plus grand bénéfice.

J'ai donné encore à ma malade, de la trinitrine à l'intérieur (plusieurs gouttes, 3 fois par jour, d'une solution au centième), et c'est toute la médication dont j'ai usé, l'irritabilité de son estomac étant un obstacle à la polypharmacie.

Cette malade guérira avec le temps, ainsi qu'elle fit l'an passé lors d'une attaque semblable.

20 novembre. — La note ci-dessus date de septembre 1883. Je considérai alors Mme N. comme le désespoir de la thérapeutique mais formulai un pronostic favorable. La malade paraît maintenant convalescente et c'est un remède mystérieux de bonne femme qui a amené ce résultat heureux, fait pour rendre jaloux les métallothérapeutes.

Observation XXIII

(*M. Landouzy. Progrés médical, 1883*).

Neuro-arthritisme. Allongements brusques de la taille s'accompagnant de névralgies variées. Accès d'angine de poitrine survenu dans ces conditions à treize ans, et ayant duré une minute.

L'histoire de Mlle X... Lucie, treize ans, fille unique, brune, (en avance sur les enfants de son âge tant par son développement intellectuel que par son développement physique), est fort instructive. Dès l'âge de trois ans, on peut entrevoir pour elle tout un avenir névrosique auquel semblent du reste l'appeler ses ascendants : (grand père paternel arthritique, mort à 86 ans, d'un catarrhe pulmonaire ; père arthritique ; grand père maternel mort d'une tumeur cérébrale ; grand'mère maternelle morte à 71 ans d'une attaque apoplectique ; mère morte à 47 ans d'une angine entée sur une cardiopathie post-rhumatismale). Depuis l'âge de trois ans jusqu'à ce jour, Mlle X... n'a guère laissé échapper une seule occasion de montrer ses tendances au nervosisme. A propos de petites amygdalites, à propos d'indispositions légères et d'états fébriles innomés, à propos d'allongements brusques survenus dans sa taille, — du 10 avril 1883 au 11 mai 1883 elle grandit de 25 millimè-

tres ! — elle souffre de maux de tête, de photophobie, de douleurs irradiées par les membres, si bien qu'à plusieurs reprises, tant à Paris qu'ailleurs, les médecins parlent de méningite.

En juin 1882, s'établissent les règles. Dans les premiers jours de septembre 1882, douleurs autour de la hanche gauche, douleurs assez vives dans la marche pour qu'on fasse garder le lit à l'enfant. C'est dans ces conditions qu'à sept heures du soir, sans cause apparente, survient l'accès d'angine de poitrine : douleur sternale, sensation de constriction et d'enserrement du thorax, anxiété, terreur, irradiations douloureuses au cou et à l'épaule gauche, pâleur de la face, sueurs froides. Cet accès dure une minute et se reproduit identique dans la soirée, pour revenir le lendemain dans la journée, cette fois avec moins d'intensité et de durée.

Les jours suivants, pas d'autres troubles que des accès de céphalée, des myalgies mobiles et des douleurs spontanées ou provoquées autour de la hanche gauche.

En cherchant les causes occasionnelles locales ou générales qui avaient bien pu déterminer l'accès d'angine, je n'ai pu suspecter que des causes générales. Le volume et les bruits du cœur étaient normaux, sauf des accès de palpitations auxquelles l'enfant était sujette depuis quelque temps, ce qui ne l'empêchait ni de jouer, ni de courir avec ses compagnes. Je ne trouvai donc rien dans l'appareil circulatoire. La seule chose véritablement importante dans l'espèce est que les accès d'angine surgissaient le 14 et le 15 septembre, alors qu'on surprenait encore un de ces allongements rapides de la taille dont il a déjà été parlé ; du 29 août au 1er octobre, c'est-à-dire en 33 jours, l'enfant grandissait de un centimètre ; nous pensâmes alors qu'il en avait été du branle-bas imposé à l'économie tout entière par cet allongement comme des pyrexies lé-

gères de la première enfance; nous pensâmes qu'à la faveur des mutations organiques suractivées par l'accroissement de la taille, s'étaient déclarés les troubles fonctionnels cardialgiques qui n'étaient, à tout prendre, que les analogues des crises anciennes de photophobie, de céphalée et de vomissements.

Observation XXIV

(M. Landouzy, *Progrès médical*, 1883).

Hystérie de la ménopause. — Angine de poitrine probablement d'origine nerveuse malgré l'existence d'un rétrécissement aortique et d'athérome de la crosse. — La neurasthénie s'accentue malgré l'amélioration de la lésion aortique. — Diabète.

Deux fois, nous avons failli donner à des accès d'angine une interprétation tout autre que celle de la marche des évènements nous a montré être l'interprétation vraie.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un accès sévère qui avait éclaté brusquement chez Mme K... Or, nous avions, un an auparavant, été consulté dans notre cabinet par cette dame, dont nous soignions déjà la plus grande partie de la famille.

Cette dame, fort intelligente, curieuse plus que soucieuse des choses de sa santé, nous consultait pour des palpitations qui, parfois, la prenaient sans cause, le plus souvent à propos d'un effort, et commençaient à lui rendre pénible la montée des escaliers. Nous trouvâmes chez cette dame, fille, sœur, tante, mère d'arthritiques incontestables, arthritique elle-même, un rétrécissement sus-aortique en même temps que des signes d'athérome de la crosse. Mme K..., à cette époque, ne nous était pas apparue une femme manifeste-

ment nerveuse. A quelque temps de là, à propos de la ménopause, elle présenta une série d'accidents nerveux les plus manifestes : météorismes subits et exorbitants, crises de larmes, crises de rires, œsophagisme, névralgies mobiles, paraplégie transitoire et soudaine, accès de palpitations, accès de congestion pulmonaire sans fièvre, accès de perte de mémoire, accès de difficulté de parole, petites crises convulsives, etc.

C'est sur ces entrefaites qu'elle fit une attaque sévère d'angine de poitrine qui m'effraya d'abord d'autant plus que la malade et son entourage (un de ses beaux-frères a succombé à une angine de poitrine entée sur une cardiopathie diagnostiquée par Trousseau) étaient dans la stupeur, d'autant plus que derrière cette angine de poitrine j'entrevoyais le rétrécissement aortique, dont la confirmation formelle fut donnée depuis par nn de nos maîtres. La lésion aortique, grâce à un traitement sévère, dans lequel les révulsifs ont eu la part prépondérante, s'est amendée ; en revanche, la neurasthénie s'est accentuée, entre temps est survenu un diabète, et, à plusieurs reprises, sans cause apparente, sans que l'état organique cardio-vasculaire parût changé, de nouveaux accès d'angine de poitrine ont saisi la malade, au repos, dans son lit, et sont venus se mêler à la série déjà si nombreuse de troubles *hystériques* dont elle continue à souffrir par intervalles. J'avoue que, aujourd'hui, je m'effraye moins de ces crises d'angine de poitrine, enclin que je suis à les voir conditionnées plus par son nervosisme que par sa lésion aortique.

Observation XXV

(M. Landouzy, *loco citato*).

Hystérique homme. — Pas d'altération cardio-vasculaire. — Angine de poitrine.

M. R..., avocat, 33 ans, après avoir présenté dans son adolescence quelques bizarreries de caractère, est aujourd'hui un névropathe distingué. Les troubles nerveux, qui ont commencé il y a trois ou quatre ans, se sont présentés et se présentent à l'heure qu'il est sous tous les aspects ; c'est ainsi que, depuis huit mois, nous avons constaté de l'anesthésie, des douleurs névralgiques, des états parétiques des membres, un état dyspeptique des plus prononcés des phénomènes spasmodiques nombreux : contractions presque rhythmées du diaphragme et de l'œsophage (véritables crises d'éructation), œsophagisme intermittent. Tous ces phénomènes ont alterné avec des crises de larmes et de rires enfantins, avec des états d'excitation et de dépression intellectuelle ou affective, enfin avec des phénomènes d'excitation ou de dépression génitale, celle ci semblant depuis plusieurs mois déjà devoir persister. Pendant que cet état névropathique protéiforme était dans son plein, M. R... eut, à plusieurs reprises, à quelques jours de distance, dans la soirée, un accès d'angine de poitrine avec irradiations dans tout le bras gauche, assez angoissant pour lui, assez terrifiant pour sa femme pour qu'on m'envoyât chercher en hâte. M. R... qui, en dépit de son arthritisme (migraines, hémorrhoïdes, acné, dyspepsie, calvitie précoce) n'a jamais présenté de manifestations de rhumatisme articulaire franc, aigu ou subaigu, est indemne de toute altération cardio-vasculaire,

comme s'en sont assurés, du reste, MM. Hardy, Charcot et A. Fauvel, dont l'attention était attirée spécialement de ce côté. Par les quatre médecins qui ont vu M. R..., il a été considéré comme un névropathe ; par les quatre médecins, les accès d'angine de poitrine ont été rattachés, comme tant d'autres phénomènes, à son nervosisme. Pour moi, qui connais les antécédents de M. R... (père mort à 50 ans d'une affection de cœur après avoir été douloureux toute sa vie, mère morte à 54 ans d'une attaque d'apoplexie, une sœur très nerveuse, un frère arthritique avec migraines, hémorrhoïdes, angine granuleuse, tendance à l'obésité), pour moi, qui continue à le suivre et à le voir chaque jour en proie à des troubles nerveux divers, je le considère comme un arthritique ab-articulaire, un arthritique cérébro-spinal.

Observation XXVI

(M. Landouzy, *loco citato).*

Hystérie de la ménopause. — Angine de poitrine.

Mme J..., 46 ans, veuve ; femme distinguée, intelligente, grande, de constitution forte, de tempérament nerveux, peut être considérée comme un type d'arthritique, s'étant surtout révélée névropathique à la faveur de la ménopause établie, après diverses oscillations, depuis plusieurs mois.

C'est à la faveur de la ménopause autant peut-être qu'à la faveur de chagrins et de tristesses (perte de son père et de sa mère qui constituaient toute sa famille), que Mme J..., veuve sans enfants, est entrée dans toute une série d'accidents franchement nerveux (toux, plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie, doigt mort, crises urinaires, accès de tristesse), ou, si l'on

aime mieux, qu'elle est entrée dans une phase symptomatique de son arthritisme, dont l'angine de poitrine (appareil vasculaire sain) a été une des expressions les plus tapageuses.

Il serait difficile, étant donnés les antécédents et ascendants de Mme J..., de lui refuser l'épithète d'arthritique, sous laquelle nous les rangeons, après tant de médecins du reste. Père mort de pneumonie après avoir souffert de longues années d'accidents goutteux et d'une maladie de Parkinson. Mère nerveuse; nodosités d'Heberden, morte d'une maladie mal caractérisée.

Antécédents personnels. — Eczéma et cystite chronique diagnostiqués arthritiques par Bazin; urticaire; acide urique dans les urines, asthme, obésité ; accès de bronchite et de concongestion pulmonaire apyrétiques ; coliques hépatiques.

Observation XXVII

Communiquée par le docteur Huchard, inédite).

Mme T. B.., âgée de 30 ans, présente les antécédents suivants qui m'ont été fournis par son mari, médecin.

Père, au tempéramment très nerveux, souvent souffrant depuis de longues années, traité par les uns pour une affection hépatique, par les autres pour une affection stomacale.

Mère, morte phthisique à 33 ans, ayant eu quatre enfants, dont trois vivants, le quatrième, mort en bas âge, d'une angine diphtéritique.

Grand-père paternel, mort à 68 ans, d'un anévrysme.

Grand'mère maternelle, morte dans un âge avancé.

Grand-père maternel, mort à 63 ans, d'une affection du cœur. Avait souffert d'une gastrite.

Grand'mère maternelle, morte à 81 ans, d'une affection cérébrale.

(Une grand'tante goutteuse).

Se plaint depuis des années de l'estomac. (Digestions laborieuses. Crampes douloureuses, avec points dans la région dorsale). Les saisons à Pougues et Royat n'ont amené aucune amélioration.

A eu parfois *des crises nerveuses légères.*

Vers le commencement de 1882, a commencé à avoir des étouffements, des oppressions, des palpitations, principalement la nuit.

Il y a un an, en décembre 1882, a été prise pour la première fois d'accidents simulant l'angine de poitrine, accidents qui se sont renouvelés trois ou quatre fois, presque coup sur coup et qui ont mis un an avant de reparaître.

Description de l'accès. — Ayant toujours lieu le soir, après le coucher, se produisant sans cause appréciable, commençant par des palpitations, de la constriction du thorax. Pouls tantôt vibrant et précipité, tantôt dépressible et ralenti.

A certains moments, la pulsation paraît faiblir sous le doigt au point de manquer. Anxiété extrême, sentiment de peur très vif. Le moindre bruit fait sauter la malade.

Douleur dans la région précordiale. La malade explique que le jeu des soupapes de son cœur se fait mal. Irradiations très douloureuses et sensation d'engourdissement dans le bras et la main gauche.

L'anxiété s'accentue, la respiration fait défaut, la syncope est imminente. Il faut alors ouvrir largement les fenêtres ; l'air froid, les lotions d'eau froide sur le front, les inhalations d'éther, amènent un soulagement qui ne se fait pas trop attendre.

Souvent cette première crise est suivie d'une autre, géné-

ralement moins forte et moins longue. L'ensemble des symptômes ci-dessus décrits dure de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2.

Etat actuel. — L'année 1883 s'est passée sans nouvelles crises aiguës, mais la malade a souffert de temps à autre d'étouffements ; souvent sensation de constriction de la poitrine. La malade dit que son « cœur la gène ». Elle éprouve une grande difficulté à monter les étages, se plaint constamment d'un point douloureux dans la région mammaire gauche, en haut et en dehors, presque dans l'aisselle, et aussi d'une sorte de serrement sous l'aisselle gauche, de même dans le pli du coude gauche et aussi à la face palmaire de l'avant bras gauche dans la région radiale.

En outre, il existe à la cuisse droite, une douleur revenant à intervalles irréguliers, limitée exclusivement à la région antérieure et n'atteignant pas le genou. La cuisse est comme engourdie, insensible au pincement et cependant le frôlement du linge occasionne des frémissements fort douloureux.

Depuis un mois, les étouffements ont augmenté et une nouvelle crise aiguë a eu lieu dans la nuit du 31 décembre, semblables à celles déjà décrites et qui remontent juste à un an.

A cette dernière crise, la malade, vers la fin, a perçu un bruit sec de clapet, deux fois répété dans la région du cœur, le bruit a été entendu par le mari.

Insomnie. Cauchemars.

L'estomac digère mieux et cependant il y a souvent de la diarrhée. Soif très vive. Urine souvent trouble. Les flocons nuageux se dissolvent dans l'eau chaude (Urates acides ?) Ni albumine ni sucre.

Menstruation irrégulière, souvent douloureuse.

Presque toujours, six semaines d'intervalle entre les époques.

Menstrues peu abondantes, sang peu coloré avec caillots de temps en temps.

C'est alors que je vois la malade pour la première fois, les crises avaient été si douloureuses, que son mari, médecin fort distingué, avait craint pour sa vie et quoi qu'il n'eut rien constaté d'anormal du côté du cœur, il pensait en s'appuyant sur l'intensité des crises qu'il s'agissait d'une angine vraie.

J'avais déjà vu la malade un an auparavant, et en constatant son état névropathique, les caractères des crises, leur spontanéité, etc., j'avais formellement déclaré qu'il ne s'agissait que d'un angor névrosique. Le cœur et l'aorte étaient absolument normaux et l'on ne parvenait à entendre qu'un léger prolongement systolique au niveau de l'orifice pulmonaire (souffle anémique) sans souffle dans les vaisseaux du cou.

C'est dans ces conditions que je provoquai en février 1884, une consultation avec M. Potain. Mais avant de donner le résultat de cette consultation, je donnerai, d'après le mari de cette malade la description suivante des accès (résumée).

Depuis cette date, 1er février 1884, les crises nocturnes n'ont pas reparu ; elles ont été remplacées par des crises diurnes, au nombre de trois, d'un caractère différent des premières.

Il faut d'abord noter qu'en dehors des crises, l'état ordinaire de la malade, se traduit par un point douloureux constant, bien limité vers la base du cœur, sur le bord gauche du sternum, par des palpitations et de l'anhélation ; et aussi par la dyspepsie qui est l'état normal.

12 février. — Première crise. Cette crise a eu lieu vers 4 heures de l'après midi, et a été provoquée par l'ascension des étages, au retour d'une promenade en voiture. D'abord, grande lassitude, puis la voix devient faible et cassée, la douleur et

l'irradiation vers le bras gauche sont beaucoup moindres. Tendance à la défaillance, à la syncope, sans que le pouls paraisse faiblir. Durée, 2 heures environ. On ouvre la fenêtre, éther, nitrite d'amyle. La première ampoule produit un soulagement sensible. (Deuxième crise).

15 février. — Crise semblable à la précédente. Pas de douleur angoissante, comme dans les crises nocturnes. Durée environ 2 h. 1/2.

16 février. — A 9 heures du matin, après une nuit mauvaise, la voix devient tout à coup faible et cassée, on injecte alors 1 centigramme de morphine sous la peau du bras gauche.

Mais cinq minutes après, crise plus violente que les deux précédentes.

La figure et le bras deviennent blancs, exsangues, la malade voit la mort imminente. La nitrite d'amyle, les sinapismes aux mollets, au cœur, sont sans efficacité.

La malade a de l'obnubilation. On la place en travers du lit, la tête en bas, légère détente. Groog et thé. Peu à peu la face perd de sa lividité.

Alors la malade se plaint d'éblouissements, de maux de cœur, elle dit que la tête lui tourne, symptômes non encore accusés. (Pupille contractée ?)

La morphine n'est sans doute pas étrangère à ces symptômes.

Au bout de trois heures, la crise prend fin, mais, maux de cœur, nausées, éblouissements et aussi une certaine gène de la déglutition ont persisté.

Le soir de ce jour, visite du Dr Huchard qui prescrit un petit vésicatoire à appliquer sur le point douloureux de la région cardiaque, et une potion au bromure de sodium.

Le vésicatoire a fait disparaître le point douloureux.

Aujourd'hui, 18 février, persistent seuls une certaine faiblesse et un agacement nerveux (qui paraît être sous l'influence du vésicatoire), lequel a donné lieu à trois ou quatre petites crises nerveuses, accompagnées de larmes. Conjonctives un peu jaunes.

Un lavement provoque l'expulsion de membranes blanchâtres, tortillées.

J'interromps la narration de ce fait si intéressant pour dire que j'ai trouvé chez la malade tous les signes de la névralgie diaphragmatique gauche avec de l'irritation spinale : toutes les apophyses épineuses des vertèbres dorsales sont douloureuses, au point qu'on peut à peine toucher la malade. M. Potain qui la vit avec moi au commencement de février, a confirmé pleinement le diagnostic d'angine de poitrine, de nature névropathique, avec irritation spinale et névralgie phrénique.

6 mars. — Sur mes conseils, la malade part dans le Midi, à Cannes, mais ainsi qu'en témoigne une lettre du mari, l'amélioration est peu sensible.

« La névralgie » se manifeste par une altération de la voix qui survient brusquemment chaque jour à une heure différente sous des influences diverses, ou après le repas, ou après quelque promenade, ou après une émotion. La durée du phénomène est variable et disparaît brusquemment sans cause apparente.

La malade est toujours sujette à de l'essoufflement, de la *courbature nerveuse*.

Les points de *névralgie phrénique* existent toujours. Ils ont une intensité variable (Apophyses épineuses dorsales, trajet du phrénique, entre les scalènes, aux attaches du diaphragme, bouton diaphragmatique).

Teinture d'iode morphinée sur les points douloureux. Bains de mer chauds.

11 mars 1884. — Les crises angineuses ont complètement disparu. Seule l'*aphonie* nerveuse persiste, mais d'une façon intermittente. Nuits agitées, appétit mauvais.

Néanmoins la malade revient de Cannes très améliorée au mois de mai 1884.

5 novembre 1884. — J'ai été voir la malade à Fontainebleau où elle a passé l'été.

Elle a toujours son aphonie et présente de plus une petite toux sèche, stérile, qui se montre par accès, trois ou quatre fois dans les 24 heures.

En 1885 et 1886, rien. Menstrues régulières. Jamais d'hypéresthésie ovarienne.

Observation XXVIII (inédite)

(Communiquée par M. Huchard).

Antécédents arthritiques et tuberculeux. Irrégularités menstruelles. Suppression définitive de la fonction cataméniale à 30 *ans. Céphalalgie. Douleurs entéralgiques, articulaires. Première attaque angineuse nocturne suivie de névralgies multiples. Palpitations. Accès de dyspnée. Accès de goutte. Deuxième attaque angineuse. Crises angineuses, nocturnes et périodiques. Près de* 350 *crises en moins d'un an. Ataxie thérapeutique. Clou hystérique. Migraines. Étourdissements, vertiges.*

Mme D..., âgée de 38 ans, est atteinte de neurasthénie d'origine arthritique. Son grand-père paternel est mort d'apoplexie, sa grand'mère maternelle, deux de ses enfants parmi lesquels la mère de la malade sont morts de phtisie pulmonaire ; son frère est mort d'un « vomissement de sang. » Elle-même n'a eu que des douleurs vagues dans les deux membres et dans les

articulations, mais elle a rendu souvent du « sable rouge » avec ses urines. Dans son enfance elle a eu la rougeole puis la fièvre typhoïde.

Réglée à seize ans, elle eut une suppression des menstrues pendant six mois à 18 ans. Depuis ce moment jusqu'à l'âge de 29 ans, rien de particulier à signaler, si ce n'est quelques suppressions menstruelles de temps à autre. L'une d'elle dura encore six mois il y a huit ans, mais les règles ne reparurent qu'une fois depuis cette époque, et depuis huit ans elles ont complètement cessé. Un mois après leur dernière apparition elle fut prise d'une violente céphalalgie avec sentiment de défaillance, et refroidissement des membres, sensation de doigt mort. Depuis elle souffrit de douleurs abdominales persistantes, puis de douleurs articulaires qui remplacèrent les douleurs entéralgiques. Il y a cinq ans, elle fut prise « sans aucune raison » pendant la nuit d'une angoisse violente à la région précordiale, sans irradiations, d'une durée d'une demi-heure environ.

Le lendemain elle était d'une faiblesse telle qu'elle dut garder le lit pendant huit jours.

Mais alors de nouvelles douleurs vives survinrent dans la région dorsale, et le long des nerfs intercostaux du côté gauche. Il y a 4 ans, la malade éprouva des palpitations extrêmement violentes avec un état d'oppression très accusé. Un médecin consulté alors, après avoir examiné et ausculté la malade déclara formellement qu'il ne s'agissait que de palpitations nerveuses. Du reste, après quelques jours, et sans aucune médication, elle disparurent complètement. Une année après, c'est-à-dire il y a trois ans, elle retomba malade d'un accès de goutte franc avec gonflement du gros orteil droit pendant huit jours.

Cet accès de goutte disparut sans médication, et quelques

jours après, elle fut prise, pour la seconde fois, pendant la nuit d'une attaque angineuse qui dura deux heures, accompagnée de refroidissement intense des extrémités, de sensation d'étouffement, mais sans irradiations. Il est bon d'ajouter qu'après son repas du soir cette dame s'était mise pour la première fois à fumer une cigarette ce qui doit et peut être considéré comme la cause occasionnelle de l'attaque. A partir de ce jour la malade se plaignit de nouveau de battements de cœur, d'insomnie avec cauchemars, de sueurs abondantes avec refroidissement consécutif, de faiblesse extrême.

Un mois plus tard, la malade ressentit en tournant brusquement une rue, un coup de vent froid.

Immédiatement, elle éprouva au cœur une douleur qu'elle ne veut pas même essayer de dépeindre, « la chose serait impossible. » Subitement une main de fer saisit sa poitrine, en plein cœur, au-dessus du mamelon. Cette douleur s'irradiait jusqu'à l'épaule, la malade avait le sentiment d'une fin prochaine. Ces phénomènes durant près d'une demi-heure elle ne sait vraiment comment elle a pu parvenir avec cette anxiété mortelle, à monter les marches de l'escalier qui la conduisait à sa chambre. Le soir même, en se déshabillant, la fenêtre ouverte, elle sentit un courant d'air froid sur la poitrine, et elle éprouva pendant une demi-heure un refroidissement de tous les membres avec frissons et claquements de dents, puis une douleur avec angoisse au cœur, sans propagation à l'épaule.

Ce qui dominait dans cette nouvelle crise, c'était la sensation de froid glacial qui envahissait tout son corps, à tel point qu'il lui semblait ressentir de la tête aux pied l'impression d'un filet d'eau glacée. On fit appeler un médecin qui constata la crise étant terminée, une accélération très marquée des battements du cœur, dont la malade n'avait pas conscience.

Depuis cette époque, pendant six mois consécutifs, elle eut

régulièrement, tous les soirs vers dix heures une crise angineuse d'une demi-heure à deux heures de durée, (245 en six mois, au dire de la malade).

Puis les crises s'éloignent.

Elles se manifestent au moment de prendre un bain de mer, sous l'influence d'un coup de vent, de la fumée de tabac, du contrat froid des draps de lit. Jamais à cause de la marche ou d'un effort. Les crises sont suivies d'évacuation abondante d'une urine claire et limpide.

Un jour, après avoir gravi précipitamment une côte et sous l'impression de la peur, la malade fut prise immédiatement d'angine. Cette crise dura peu de temps (dix minutes). Ce fut la dernière.

En un an, elle en aurait eu près de 350.

Mais d'autres accidents viennent tourmenter la malade. Digestions difficiles, douloureuses, accompagnées d'une distension considérable de l'estomac, avec éructations très fréquentes. Le Dr Chairon, consulté, ordonna une préparation de noix vomique et du sulfate de quinine, à faible dose.

Ces médicaments provoquèrent des douleurs gastralgiques si violentes, avec crampes dans les jambes, surdité, bourdonnements d'oreille tels qu'on dut immédiatement en cesser l'emploi (ataxie thérapeutique).

Toutefois, les bourdonnements persistèrent, et survint une hyperacousie telle que le moindre bruit ébranlait sa tête. Sensation de clou hystérique pendant un mois remplacé par des migraines fréquentes avec vomissements et étourdissements. Puis survint un état vertigineux (de juin 1885 à juillet 1885) tel qu'elle pensait tomber à chaque instant.

Observation XXIX

(Inédite, communiquée par M. le Dr Huchard).

Angor hystérique chez un homme.

M. S..., 42 ans, commissaire de la marine, a été adressé à M. Huchard par le Dr de G..., de Marennes, qui le soignait pour des accès de douleurs vives au cœur, avec sensation d'anéantissement, douleurs se propageant au cou et au bras gauche où elles déterminaient des troubles vaso-moteurs, généralisés parfois à tout le côté gauche.

Les mains étaient tantôt violettes, tantôt très blanches; alors sensation de doigt mort dans un ou plusieurs doigts. L'an dernier, en août, à l'époque où le malade se préparait à se rendre aux eaux de Néris qui lui avaient été conseillées, pendant une nuit qui suivit une journée de fatigue, il se lève à une heure du matin en proie à une vive terreur, avec sensation de mort inévitable et douleur légère au bras, au cou et dans la région cardiaque. L'accès dure une demi-heure.

Sous l'influence des eaux de Néris les crises ont presque complètement disparu.

Comme autres phénomènes pathologiques, M. S... présente un léger degré de dyspepsie. On constate chez lui du clapotement stomacal indiquant de l'ectasie gastrique.

Le premier traitement qu'il a suivi, se composait de gouttes amères et arsenicales, valérianate d'ammoniaque; suppression de l'hydrothérapie et de la navigation.

Les eaux de Néris ont moins de succès la seconde année que la première.

Toutefois les accès ont perdu leur périodicité, les crises

vives ont complètement disparu. De temps en temps, vers 3 ou 4 heures du matin, douleur légère le long du sternum. La ssnsation de doigt mort est plus rare. L'ectasie gastrique existe toujours. Absence de constipation.

Un nouveau traitement est mis en œuvre ; mixture apéritive. Régime sec adouci. Pancréatine. Frictions avec gants de crins. Bains de Pennès.

L'homme qui fait le sujet de cette observation présente des antécédents héréditaires et personnels qui jettent la plus vive lumière sur les accidents dont il a souffert.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel mort d'apoplexie.

Grand-mère paternelle morte à 90 ans folle.

Père eczémateux mort d'apoplexie.

Grand-père maternel mort à 30 ans, constitution faible.

Grand-mère maternelle mort à 87 ans, constitution faible.

Mère morte de suite de couches à 25 ans.

Antécédents personnels. — Croissance rapide ; de 7 à 10 ans violentes migraines.

Vers l'âge de 25 ans, alors que le malade faisait une campagne pénible, il éprouve du tremblement du côté gauche, « des idées de mort accompagnées de douleur dans la région cardiaque, » c'est son expression ; des évanouissements. Grande impressionnabilité trahissant « un tempérament de femme », comme dit encore le malade qui raconte son histoire d'une façon un peu prolixe, mais très nette et très claire.

Il renonce à la mer, se marie et fait des excès de travail. Avant ceux-ci il avait fait, suivant son aveu, des excès vénériens, et abusé du tabac.

En 1883, à la suite de fatigues, d'émotions, de deuils réitérés, il eut « une crise nerveuse qui faillit l'emporter : attaques

de nerfs de plusieurs heures, angoisse atroce, sensation de mort prochaine, faiblesse complète, chatouillement au gosier, impossibilité de prendre des aliments, suppression du sommeil. » Il ne peut plus réagir ensuite contre les idées funèbres qui l'obsèdent.

« Un séjour de deux mois à Royat, un mois passé au bord de la mer, puis quelques semaines après un traitement de quinze jours à l'hôpital maritime, ont amené une certaine détente ; les crises se sont effacées et atténuées, mais les douleurs de la région du cœur et du bras gauche ont persisté bien qu'on m'ait fait suspendre depuis cinq mois le traitement hydrothérapique auquel on en attribuait la continuation. »

Observation XXX (inédite).

(Communiquée par M. Huchard).

Homme neuro-arthritique. — Angine de poitrine. L'action de l'air empêche les accès.

M. X..., 34 ans, habitant le département de l'Ain, m'a été adressé le 15 janvier 1885 par un professeur agrégé de la Faculté de Lyon, comme atteint d'une *angine de poitrine vraie*. Son père est mort à 34 ans d'une chute, sa mère est très rhumatisante (rhumatisme noueux). Il a des sœurs bien portantes. Lui-même est hémorrhoïdaire, atteint d'une constipation rebelle; il a été réformé pour hypertrophie du cœur. D'appétit capricieux, il présente quelques stigmates hystériques, tels qu'insensibilité de l'épiglotte, léger degré d'anesthésie du côté gauche. Son caractère est mobile, un peu fan-

tasque et les descriptions qu'il donne de l'affection dont il souffre sont empreintes parfois d'exagération.

M. X... eut son premier accès angineux en 1871, il avait alors 21 ans. Il fut pris, pendant une conversation, sans cause, d'une douleur subite, avec angoisse profonde, siégeant dans la région cardiaque moyenne, sans irradiations. Il compare cette douleur à une sensation de déchirement, de brûlure. En même temps il ressentait des tintements d'oreilles, des frissons; les extrémités étaient froides au point de le faire grelotter. L'attaque qui dura 2 à 3 minutes (les attaques ultérieures ne furent jamais plus longues) se termina par des bâillements. La figure était pâle et froide, comme les extrémités, au moment du paroxysme douloureux.

Trois ou quatre mois plus tard, deuxième accès. Ensuite ils se répètent tous les mois périodiquement pendant cinq ans. Le malade renonce à ses occupations, va à la campagne, et n'éprouve plus rien pendant 6 mois, puis ils reviennent tous les 8 jours, tous les jours et même plusieurs fois par jour, ainsi que cela a lieu depuis trois semaines.

L'angoisse est tellement vive au moment de la crise, la crainte de la mort s'empare tellement de l'esprit du malade, que plusieurs fois il fit ses adieux à sa famille. Un médecin qui l'ausculta un jour de crise, ne trouva aucune modification des battements du cœur. Il n'y avait pas de sueurs, mais des frissons « tels qu'on en éprouve a la sortie d'un bain froid » suivant l'expression même du patient. « Chose curieuse, dit-il encore, au début de l'accès qui durait 3 à 4 minutes, mon cerveau me retraçait une vision que je voyais se dérouler chaque fois de la même façon, dont j'avais conscience pendant l'accès au point de la reconnaître, sans cependant pouvoir la décrire une fois l'accès passé. »

Les premières attaques étaient nocturnes, elles sont main-

tenant diurnes, et surviennent en général d'une façon spontanée. Cependant, les émotions, les travaux intellectuels, la lecture, les provoquent (le malade fume un paquet de tabac par semaine sans grand inconvénient). Elles paraissent avoir diminué d'intensité, en même temps qu'elles augmentaient de fréquence. En dehors des accès, il faut noter de l'insomnie, des palpitations, une certaine étendue de la région précordiale douloureuse à la pression. Enfin, et ceci est très important, l'action de l'air est excellente sur notre malade et, loin de provoquer les accès, les empêche. La matité aortique est de 4 centimètres, les bruits du cœur normaux.

Traitement : arsenic, nitrite d'amyle, enveloppement au benjoin et genièvre. Plus tard douches tièdes. S'abstenir de café, tabac, thé. Combattre la constipation ; eaux de Néris.

Observation XXXI (inédite).

(Rédigée d'après les notes de M. Thierry, externe du Dr Huchard).

Antécédents nerveux. — Femme d'un caractère irritable ; crises de larmes, crises de rires. — Insensibilité absolue de l'épiglotte. — Migraines précédant les règles. — Premier accès d'angine de poitrine il y a 23 ans, unique. — Réapparition de l'angine il y a cinq ans. — Syncopes fréquentes. — Les accès reviennent de préférence au moment des règles. — Creux épigastrique douloureux, — Digestions laborieuses. — Etouffements et cauchemars la nuit. — Palpitations sans douleur. — Souffles transitoires pendant l'attaque. — Grande amélioration

Mme Mathilde C..., âgée de 47 ans, entre le 21 novembre

1885 dans le service de M. Huchard (salle Récamier, lit 20).

C'est une femme vigoureuse, de forte corpulence, à la figure colorée, présentant un certain degré d'obésité qui va s'accentuant depuis plusieurs années. Son père est mort à l'âge de 86 ans, sa mère à 69 ans d'un cancer du sein. Le grand-père maternel a succombé à une affection cardiaque. Une cousine, fille de son oncle maternel, âgée de trente ans, mariée, est hystérique. Elle a des attaques convulsives depuis l'âge de 16 ans assez fréquentes, présente des accès de somnambulisme. Notre malade, réglée à 10 ans, est d'un caractère mobile, assez irritable. Elle s'est mariée à 22 ans, n'a eu qu'un enfant qui est maintenant un homme très vigoureusement constitué. Ses antécédents pathologiques sont simples ; une fièvre typhoïde et une péritonite, suite de couches. Elle n'a jamais eu de crises hystériques. Toutefois, elle a fréquemment des envies de pleurer injustifiées, et aussi des crises de rire que rien n'explique.

On constate une insensibilité absolue de l'épiglotte.

Rien d'autre à signaler, sinon que l'apparition des menstrues est presque toujours précédée chez elle, un ou deux jours à l'avance, de fortes migraines qui durent un jour, ne s'accompagnent pas de troubles digestifs et sont plutôt marquées par une exagération de l'appétit.

Il y a 23 ans, la malade, qui avait eu une légère discussion avec son mari dans la soirée, au sujet d'un bal auquel elle voulait assister, ressentit subitement des battements violents du cœur et des vaisseaux du cou. En même temps, elle eut une légère sensation de constriction dans la poitrine, sans douleur dans le bras gauche, et ce fut tout. Cet état douloureux et angoissant dura néanmoins 7 heures. Pendant 14 années, aucune crise analogue ne vient l'atteindre ; elle éprouve seulement des palpitations en montant des escaliers, en mar-

chant un peu vite ou encore sous l'influence d'émotions gaies ou tristes.

Il y a cinq ans, sans cause appréciable, survint un accès semblable au premier, mais d'une violence beaucoup plus effrayante. Il est suivi de plusieurs autres qui arrivent d'abord à deux ou trois mois d'intervalle puis augmentent de fréquence jusqu'à se répéter tous les jours pendant plusieurs jours de suite, sauf à faire défaut ensuite pendant plusieurs semaines. Leur durée varie de une heure à six ou sept heures. Ils se terminent fréquemment par une syncope, et il est difficile de leur trouver une cause occasionnelle appréciable. Ainsi de gros chagrins ne les provoquent pas, mais il suffira d'une porte qui se ferme trop violemment pour les faire éclater. L'ascension des escaliers est aussi sans effet, sauf, ainsi que nous l'avons dit plus haut, pour la production des palpitations. Toutefois, la malade a remarqué que l'attaque revient de préférence au moment des règles, soit un peu avant, soit un peu après. Il est bien évident que ceci n'a de valeur qu'au cas où les accès sont séparés par des intervalles notables. La crise angineuse remplacerait alors les migraines qui annonçaient autrefois l'apparition des règles.

Quoiqu'il en soit, l'angor se manifeste brusquement par une douleur siégeant au creux épigastrique, derrière l'appendice xiphoïde, s'accompagnant de palpitations, de battements des vaisseaux du cou, et de la partie supérieure de la poitrine, s'irradiant parfois dans les deux bras, sans dépasser la région du coude, parfois sans prolongement dans le bras.

Il arrive que l'accès débute par un étourdissement. Il existe d'ailleurs une douleur permanente derrière l'épaule gauche ; ne s'exaspérant pas pendant la crise angineuse. Enfin très-fréquemment la malade perd connaissance à la fin de la crise. Elle émet ensuite des urines claires et limpides en abondance. Tant

que dure l'attaque, la respiration est normale ; les battements artériels signalés sont sensibles à la vue et à la palpitation. Le pouls est si rapide qu'on ne peut le compter. Quand l'accès va cesser, la malade éprouve un sentiment de constriction légère, elle est très agitée, se plaint de coups de marteau dans la poitrine. La figure devient pâle, verdâtre, décomposée. Les extrémités se refroidissent, souvent la syncope survient.

Le séjour à l'hôpital a été de courte durée, la malade sort le 1er décembre ; mais elle doit revenir tons les quinze jours.

On lui prescrit :

1° Une douche tous les jours.

2° Une cuillerée à bouche avant chaque repas du sirop suivant :

Sp. écorces d'oranges amères, 500 grammes.

Bromure de potassium et bromure de sodium, *áâ* 10 grammes.

3° Tous les soirs, au moment du coucher, une tasse de tilleul dans laquelle on aura mis 12 à 15 gouttes de teinture de viburnum prunifolium.

Le nitrite d'amyle a été employé au moment des accès, mais son action a été insuffisante, sinon nulle.

Nous avons revu le 28 novembre 1886 cette malade que son médecin ordinaire, M. le docteur P... a bien voulu envoyer à l'hôpital Bichat pour être examinée par nous.

Interrogée sur ce qui précède la crise, elle nous répond que celle-ci la prend à l'improviste, que rien ne lui indique ce qui va survenir. Cependant, plusieurs fois elle a ressenti la veille des frissons prolongés, une sensation de froid intense et généralisée. Le creux épigastrique est douloureux en dehors des crises. Cette localisation un peu anormale dirige les investigations du côté de l'estomac. Depuis longtemps les digestions sont laborieuses. Il y a des étouffements la nuit, des cauche-

mars qui troublent le sommeil, ce qui a déterminé la malade à ne prendre que du lait au repas du soir. Souvent des bouffées de chaleur surviennent après qu'elle a mangé. L'estomac ne paraît pas dilaté. Il n'y a ni clapotement, ni sonorité d'une étendue anormale.

Au point de vue qui nous intéresse, il y a une grande amélioration ainsi qu'en témoignent la diminution de fréquence des crises (7 seulement depuis trois mois), leur durée moindre (entre 7 et 20 minutes) ; l'absence de syncope terminale. Toutefois, une grande lassitude les suit, si courtes qu'elles soient. En dehors des crises, la santé n'est pas absolument parfaite ; le creux épigastrique reste douloureux. Les autres fonctions s'exécutent normalement, sauf une constipation assez rebelle. La malade se plaint encore d'élancements douloureux dans un sein ; elle a peur « d'avoir un cancer ».

Quant à l'aspect des accès d'angine, il s'est peu modifié. Plusieurs fois, un gonflement considérable des seins, l'a immédiatement précédé. La malade crie et pleure, pendant l'attaque. Elle accuse une sensation de strangulation.

Elle est toujours très émotive et au moment où M. Huchard, son interne M. Weber et moi nous l'auscultons, il y a des palpitations violentes qui ébranlent la paroi de la poitrine, mais aucun bruit morbide. Les battements du cœur ont beaucoup d'éclat. Les vaisseaux du cou battent également. Le pouls est précipité, plein, mais régulier. Pas d'athérome radial. M. Huchard nous dit avoir à plusieurs reprises, pendant les attaques d'angine, perçu des souffles transitoires qui font défaut actuellement.

Au bout de quelques minutes, alors que tout paraît rentré dans l'ordre, nous entendons des bruits cardiaques bien frappés, bien rythmés, sans aucun élément morbide et d'une fréquence absolument normale.

La malade présente quelques varices aux jambes, elle n'a pas d'hémorrhoïdes, n'a jamais eu d'hémoptysie. Epaississement du bord libre des ongles avec apparence feuilletée. Plaque d'urticaire géante, dans la région malaire droite. Cette plaque, de la grandeur d'une pièce de 5 francs est d'ailleurs en voie de régression.

Observation XXXII

(Communiquée par M. le docteur Huchard, inédite).

Femme impressionnable, nerveuse. — Souffle anémique à l'orifice pulmonaire. — Accès angineux assez fréquents, d'environ 1 heure et demie de durée. — Phénomènes vaso-moteurs très marqués. — Hoquet persistant. — Angi-nophobie.

M. le docteur Godleski (de Neuilly-sur-Seine), me pria de voir avec lui, le 10 mars 1885, Mme X., âgée de 31 ans, veuve, impressionnable à l'excès, arthritique.

Je ne constate absolument rien à l'aorte, mais un souffle intense au niveau de l'orifice pulmonaire, avec souffle continu dans les vaisseaux du cou. Ce bruit morbide que l'on aurait pu localiser à l'aorte et rattacher à une lésion de ce vaisseau était certainement d'origine anémique, opinion du reste partagée par mon confrère.

Il y a trois ans, pendant la nuit, la malade a eu une crise angineuse très forte qui a duré environ 1 heure et demie. Depuis, elle a souffert de crises moins intenses, mais survenant toujours d'une façon spontanée. L'estomac et l'intestin fonctionnent normalement.

Depuis trois mois, les accès angineux ont reparu sept ou huit fois, sans cause appréciable, telle que la marche ou un effort quelconque.

Ils sont remarquables par leurs manifestations périodiques.

Depuis huit jours, ils surviennent tous les soirs, à heure fixe (vers onze heures). Le dernier accès a été presque effrayant :

Au début, un refroidissement glacial des extrémités, des frissons, du claquement de dents. La face est pâle, « effrayante à voir ». Une douleur violente existe au niveau du cœur et non en avant du sternum, elle a des irradiations au cou, aux mâchoires, aux deux bras. Cet état, accompagné d'une angoisse très vive, a duré près de deux heures et s'est terminé par l'émission d'*une urine abondante*, *claire et limpide*. Il y a trois jours, M. Godleski a été appelé pour un hoquet nerveux de plusieurs heures de durée.

Le 10 mars 1885, je vois la malade dans un état de terreur extrême, elle parle d'une voix entrecoupée, et quoique depuis le hoquet elle n'ait ressenti aucune douleur, elle ne vit plus que dans la crainte de voir apparaître les mêmes accidents. Elle est certainement atteinte d'anginophobie.

Je diagnostique malgré, ou plutôt à cause de l'intensité et de la durée des douleurs, une angine de poitrine fausse, de nature neuro-arthritique, opinion confirmée du reste par l'absence d'accidents ultérieurs.

Observation XXXIII

(Inédite. Communiquée par M. Huchard).

Accès angineux très graves, considérés par plusieurs mé-

decins comme d'origine organique : tremblement, refroidissement des extrémités, etc. — Efforts, marche sans influence sur la production des accès. — Hypéresthésie rachidienne, sorte de clou dorsal. — Septième et huitième espace intercostaux douloureux. — Ovarie gauche. — Névralgie diaphragmatique. — Douleur occipitale. — Epiglotte insensible. — Doigt mort. — Début de l'hystérie par le cœur.

Je suis appelé, vers le 10 octobre, à Compiègne, par M. le Dr Wurtz, pour donner mon avis sur l'état de Mme X., âgée de 35 ans, atteinte depuis six mois d'accidents nerveux et cardiaques tellement intenses et prolongés, que plusieurs médecins qui ont vu la malade, l'ont crue atteinte d'une angine de poitrine grave. Lorsque j'arrive près d'elle, je la trouve couchée dans son lit, immobile, avec un flacon d'éther dont elle respire les vapeurs et ma seule présence détermine immédiatement une douleur violente au cœur, que la malade traduit par ces mots : « J'étouffe, de l'air ». La respiration est précipitée, singultueuse, entrecoupée, avec menace de syncope. La malade marque du doigt le trajet douloureux qui débute au niveau de la région cardiaque moyenne, remonte jusqu'à l'épaule gauche, où il s'arrête. Puis elle est prise d'un tremblement nerveux, de frissons, de refroidissement des extrémités, la face est pâle. Au bout de quelques instants, l'orage se calme et elle peut me parler.

J'apprends alors qu'il y a six mois, elle a été prise pendant la nuit, sans cause appréciable, d'un accès douloureux, reproduisant par sa violence et ses allures l'accès déjà décrit. Depuis cette époque, elle est couchée immobile dans son lit, n'osant faire un mouvement, ayant, dit-elle, et ce fait m'a été confirmé par son médecin, 40 à 50 accès par jour, survenant

sans cause ou sous l'influence d'une émotion brusque, mais, et j'insiste là-dessus, ces accès ne surviennent jamais sous l'influence d'effort, d'ascension des escaliers suivant ; son expression, la malade n'est bien que lorsqu'elle marche.

En raison des douleurs nombreuses dont elle est atteinte, elle ne veut et ne peut garder que la position horizontale. D'ailleurs ses accès sont surtout nocturnes.

Voulant l'examiner, je veux la faire mettre sur son séant et alors. sous l'influence de ce simple mouvement, la malade se plaint d'une exagération de douleurs. non pas seulement dans la région cardiaque, mais dans la région rachidienne, qui est extrêmement douloureuse sur toute son étendue, particulièrement au niveau des vertèbres dorsales où il existe un point d'hypéresthesie, sorte de clou dorsal, analogue au clou hystérique que présente du restela malade.

Le mouvement de s'asseoir sur son lit, est surtout douloureux en raison de l'hyperesthésie de certaines parties du corps. Le simple frôlement des doigts (du côté droit) détermine des douleurs au niveau des septième et huitième nerfs intercostaux du côté gauche.

La région ovarienne gauche est douloureuse à la pression, qui détermine une irradiation sensitive du côté du cœur, avec menace de syncope et d'accidents angineux.

Le nerf phénique gauche entre les scalènes, sur les parties latérales du sternum à gauche, au niveau des insertions diaphragmatiques, et du bouton diaphragmatique signalé par Gueneau de Mussy, est douloureux à la pression.

De plus, il reste une douleur occipitale très-vive, bien que la pression ne l'augmente pas. Anesthésie absolue de l'épiglotte, souvent la malade éprouve sans douleur angineuse la sensation de l'onglée, du doigt mort avec fourmillements, cela du côté gauche.

Avant l'apparition de tous les accidents que nous avons décrits, la malade n'avait jamais eu de troubles nerveux, ni dans son enfance, ni dans sa jeunesse. Mère de quatre enfants, blonde, lymphatique, maigre, elle a toujours eu le cœur sain, et il est certain en s'appuyant sur l'existence des stigmates de l'hystérie chez cette malade (épiglotte insensible, ovarie gauche, anesthésie de ce côté du corps, hypesthésie du côté droit, etc.) que cette malade a commencé son hystérie par le cœur. Cette hystérie se complique d'une irritation spinale des plus nettes. Le traitement a consisté en pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale, gouttes apéritives avant le repas, trois grammes de bromure de potassium par jour. Le docteur Wurtz qui continue à voir la malade ne note rien de nouveau sinon l'apparition d'une crise à l'occasion des règles et l'existence de violentes douleurs dans le sein gauche, des fourmillements dans le bras et l'avant bras gauches ainsi que dans les cuisses et la jambe gauche qui sont devenues très douloureuses au toucher.

M. Wurtz note encore que, si la pression du doigt sur un point quelconque de la région hyperesthésiée, arrache un cri de douleur à la malade, l'application de la main à plat sur la même région, provoque bien moins de douleur même avec une pression plus forte.

Observation XXXIV

(*Due à l'obligeance de M. Weber, interne des hôpitaux*).

Antécédents héréditaires. — Père mort à 76 ans d'une maladie de cœur avec bronchite chronique.

Mère bien portante : ses frères et sœurs (cinq) sont « morts en partie de la poitrine. »

Grand-père maternel mort de cancer stomacal.

Grands-parents paternels morts asthmatiques, 70 et 80 ans.

Oncles morts, âgés, d'apoplexie.

Antécédents personnels. — Mal soignée en nourrice.

Fluxion de poitrine (?) vers l'âge de 2 à 3 ans.

Ecoulements d'oreille, soignés par le Dr Gillette.

Incontinence nocturne d'urine pendant un certain temps.

Epistaxis fréquentes avant la menstruation.

L'apparition des règles est accompagnée de syncopes passagères avec perte de connaissance et chutes fréquentes, toujours sur le front. Ces accidents persistèrent environ dix-huit mois.

Depuis cette époque, les règles ont toujours été douloureuses et abondantes. Plus tard, après le mariage, la malade a souffert de véritables ménorrhagies.

A 15 ans, la mort d'une de ses sœurs (phthisie galopante) l'impressionna si vivement que ces pertes de connaissance redoublèrent de fréquence : elle « avait trouvé intéressant de mourir jeune et se persuadait qu'elle était poitrinaire. » Elle fut traitée à cette époque par l'hydrothérapie sous forme de douches : et les toniques les plus variés, la pepsine lui furent administrés pour combattre son anorexie volontaire.

Sous l'influence de ce traitement, il y eut une certaine amélioration. Mais cinq ans plus tard, à l'occasion de son mariage, et sous l'influence de violentes secousses morales, les mêmes accidents reparurent. Dans l'intervalle, elle eut quelques rares migraines, et des douleurs passagères sur le trajet des sciatiques.

Six semaines après son mariage, elle est prise subitement de violentes douleurs abdominales avec fièvre, etc. Elle fut soignée à cette époque pour une métrite avec péritonite (?) : vésicatoire sur l'abdomen, frictions mercurielles, etc. Pendant

le cours de cette maladie, elle éprouva de fortes crises de douleurs abdominales avec perte de connaissance ; puis survint une métrorrhagie abondante. La malade raconte que dès cette époque tout le côté gauche était insensible, au point que le médecin, qui la soignait, pouvait lui enfoncer de longues aiguilles dans le bras et la cuisse gauche sans éveiller aucune douleur. La « convalescence » fut longue : la malade resta longtemps « nerveuse », « irritable », pleurait et trépignait à tout propos.

A partir de cette époque, elle eut, pendant un an environ, de fréquentes crises de nerfs avec perte de connaissance, de durée variable (une seule fois pendant quatre heures).

Pour la faire revenir à elle, on la frictionnait et on la battait avec une grande serviette mouillée.

« Pendant ces crises, dit-elle, j'entendais et je comprenais tout ce qui se faisait autour de moi, sans toutefois trouver la force nécessaire pour me dominer et répondre aux personnes qui m'entouraient. » Les pleurs qui suivaient les crises la soulageaient beaucoup. Elle eut souvent la sensation du clou et celle de la barre épigastrique, avec douleurs dorso-lombaires. Jamais elle n'a ressenti nettement la sensation de boule.

Enfin, il y a six ans, survinrent de véritables crises d'angine de poitrine, considérées et soignées comme telles par un médecin consulté à ce moment (infusion de digitale).

Ces crises sont caractérisées par une sorte de « pression de la poitrine et du dos », avec angoisse atroce, douleur précordiale, irradiations douloureuses dans le bras gauche et dans l'hypochondre gauche. Il semble à la malade qu'elle est sur le point de perdre connaissance ; elle se sent mourir. Puis aussitôt après, car ces crises ne sont jamais de longue durée, elle éprouve une sensation de forte pesanteur dans tout le côté

gauche, elle se sent comme entraînée de ce côté ; la main et le bras sont comme paralysés et incapables de se mouvoir. De plus, la faiblesse s'étend aux membres inférieurs qui deviennent impotents. Cet état n'a duré qu'une seule fois trois jours continus, et il ne s'est répété que trois ou quatre fois par an au plus.

Depuis trois ans, à ces crises douloureuses sont venus s'ajouter des troubles respiratoires. La malade est sujette à de violents accès d'étouffements. Elle ne peut plus marcher un peu vite, monter un escalier, sans éprouver aussitôt de l'oppression et des palpitations. De plus, elle accuse surtout depuis le mois de juillet 1886, une douleur plus ou moins vive, et continue, au-dessus du sein gauche. « Il me semble, dit-elle, qu'on m'enfonce en ce point un poignard en le retournant de droite à gauche sans le retirer. » La moindre secousse morale, le moindre effort physique, rappellent la douleur. Elle éprouve aussi souvent la sensation de vide devant elle ; cette sensation désagréable est quelquefois la seule cause déterminante de la crise d'angor.

Elle a constaté, en outre, dans ces derniers temps un léger affaiblissement de la mémoire, une gêne passagère de la parole, un peu d'affaiblissement de la vue surtout à droite, des bourdonnements d'oreille et une lourdeur de tête continuelle.

Depuis trois mois environ, son état avait empiré. Les douleurs précordiales, d'angine de poitrine, survenant surtout la nuit, étaient la cause d'insomnies fatigantes. Elle s'éveille souvent en sursaut avec la douleur angoissante du cœur et des irradiations dans l'épaule et le bras gauche. Si elle respire un peu fort, la douleur devient suraiguë ; tout le thorax est endolori. Le simple contact des vêtements lui est douloureux. Elle éprouve une fatigue indescriptible, surtout marquée le

matin en se levant. Si elle se lève trop brusquement, elle est sûre, par expérience, qu'elle aura de violentes douleurs dans la journée ; aussitôt elle a une sorte de vertige, ses jambes fléchissent et elle s'est vue souvent forcée de se recoucher à plusieurs reprises, avant de pouvoir rester complètement levée.

Il faut encore noter dans son histoire, des phénomènes d'asphyxie locale des extrémités (doigt mort), des fourmillements, des crispations dans les doigts, des envies fréquentes de bailler.

Tous ces accidents se sont accusés surtout il y a deux mois, sous l'influence d'une violente émotion qu'éprouva la malade à l'arrivée un peu brusque d'une parente qu'elle n'attendait pas.

C'est le 28 novembre, que la malade est examinée par nous pour la première fois. Nous la trouvons, assise sur son lit, en proie à une dyspnée modérée, mais continue, la peau légèrement en moiteur, le facies pâle, le pouls petit et fréquent. Pendant l'interrogatoire, nous assistons à un de ses accès d'oppression pour lesquels elle réclamait un traitement rapide. Cet accès que la malade appelle avec raison des crises d'aboiement consiste en une sorte de pause de la respiration, véritable apnée, pendant laquelle, la malade ouvre la bouche comme pour faire un grand appel d'air. Cette pause dure quelques secondes ; elle est suivie aussitôt de cinq à dix inspirations courtes et bruyantes, diminuant peu à peu d'intensité, et augmentant progressivement d'ampleur. Pendant ce temps-là, la malade, la main appuyée sur la région précordiale, éprouve une violente douleur, qui fait place bientôt à une fatigue générale excessive, à une sorte d'anéantissement. Puis, la respiration devient plus calme, quoique toujours un peu fréquente. Le pouls petit et fréquent pendant la crise, redevient plus fort, sans présenter la moindre irrégularité.

L'examen physique de la poitrine, occasionne une nouvelle gêne respiratoire. Néanmoins il est impossible de découvrir le moindre souffle au cœur, dont les battements sont réguliers. Le deuxième bruit de la base est seul un peu éclatant.

Quelques râles sous crépitants secs (frottements ?) aux deux bases en arrière. La pression au niveau de la cinquième apophyse épineuse dorsale est douloureuse et provoque un peu d'angoisse; il en est de même dans la gouttière vertébrale, surtout à gauche et en avant sur le trajet du phrénique du même côté. On trouve un véritable bouton douloureux au niveau du quatrième espace intercostal. Pas d'anesthésie du pharynx.

Parésie de la mobilité et de la sensibilité du bras gauche.

Quinze jours plus tard, la malade étant levée, on remarque une impotence assez marquée du membre inférieur gauche ; la démarche a beaucoup d'analogie avec celle des hémiplégiques. De plus, la parésie du membre supérieur gauche paraît plus accentuée. Cependant, les troubles respiratoires se sont amendés.

21 décembre. — M. le Dr Huchard ayant été appelé à examiner la malade, établit le diagnostic d'hystérie viscérale et d'angine de poitrine.

Traitement : Brk — valérianate d'ammoniaque. Pulvérisation d'éther sur le trajet de la colonne vertébrale.

Plus tard, hydrothérapie. Suggestion.

27 décembre. — Amélioration à tous les points de vue.

CONCLUSIONS

I. — L'angine de poitrine peut-être une manifestation de l'hystérie ; il s'agit alors de troubles purement fonctionnels, *sine materia*.

II. — Cette affection frappe surtout, mais non exclusivement le sexe féminin. Elle s'attaque à des sujets n'ayant pas dépassé en général l'âge moyen de la vie. Elle peut faire partie des manifestations hystériques de la ménopause.

III. — Les accès sont plus fréquents, plus intenses, parfois plus dramatiques, et de plus longue durée que les crises de l'angine de poitrine organique. Ils se font remarquer par leur début aussi souvent périphérique que central, par des prodromes sensitifs ou vaso-moteurs, par des phénomènes analogues à l'aura, par le siège et les caractères de la douleur, la multiplicité des irradiations plus variées, plus imprévues, plus excentriques ; ils ont une apparition volontiers périodique, plutôt nocturne que diurne, et sont provoqués tantôt par des impressions psychiques (émotion, rêve), tantôt par aucune cause appréciable, presque jamais par les efforts.

Leur terminaison est signalée par des phénomènes portant le cachet de l'hystérie. Les crises disparues sont souvent remplacées par des manifestations spamodiques variées.

Les antécédents hystériques des malades doivent être pris en sérieuse considération. Toutefois l'angine de poitrine peut être le premier signe d'un état névropathique naissant.

IV. — Le pronostic est très favorable, au double point de vue de la disparition définitive des accès, et de la rareté exceptionnelle sinon absolue de la mort subite.

V. — Le traitement est celui de l'affection principale, c'est-à-dire antinévralgique.

La thérapeutique morale est parfois aussi efficace que l'intervention médicamenteuse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Heberden. — Medical Transactions of the society of Physicians of London. Vol. II, p. 45 et vol. page I.

Hill. — The medical and physical Journal of London, 1800, pages 30-33.

Desportes. — Traité de l'angine de poitrine. Paris, 1811.

Millot, — Dissertation sur l'angine de poitrine. Thèse, Paris 1812.

Jurine. — Mémoire sur l'angine de poitrine qui a emporté le prix, etc. Paris et Genève. 1815.

W. et D. Griffin. — Observations on the functional affections of the Spinal Cord. London 1834.

Bertrand. — Gazette médicale de Paris, 1839.

Piorry. — Traité de Diagostic. Paris 1840.

Bouchut, — Revue médicale française et étrangère, 1841. Tome IV.

Lartigue. — De l'angine de poitrine, Paris, 1846.

Savalle. — Revue médicale. 1863.

Cahen. — Névroses vaso-motrices. Archives générales de Médecine. 1863.

Stokes. — Maladies du cœur, Traduction Sénac. 1864.

Parrot. — Angine de poitrine. In Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. 1870.

Jaccoud. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. 1865.

Moinet. — Angina pectoris, Edinburgh Medical Journal, 1870.

Viguier. — Angine de poitrine rhumatismale. Thèse, Paris 1873.

Chatelain. — Essai sur l'angine de poitrine. Thèse Paris, 1874.

H. Osgood. — The American Journal of the medical Sciences. Philadelphia 1875.

Lente. — On the Spasm of the Heart as a cause of Sudden de ath, Ibid. 1876,

Peter. — Clinique médicale, 1877.

Bernheim. — Clinique médicale, 1877.

Gauthier, — Thèse de Paris, 1876.

Angelo Cianciosi. — Lo Sperimentale, 1878.

Michaut. — Thèse de Paris, 1878.

Henri Huchard. — De l'angine de poitrine cardiaque et pulmonaire et synergies morbides du nerf pneumogastrique (Union médicale 1879).

— Traité des névroses, 2e édition. Chapitres, angine de poitrine, hystérie, irritation spinale, neurasthénie. (Axenfeld et Huchard), 1883.

— Des angines de poitrine. (Revue de médecine, 1883).

— Traitement et curabilité de l'angine de poitrine. (Bulletin général de thérapeutique, 1883).

— De l'angine de poitrine neuro-arthritique. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, avril 1884).

— Traitement rationnel et curatif de l'angine de poi

trine vraie. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1885).

— Traitement et curabilité de l'angine de poitrine vraie. (Congrès pour l'avancement des Sciences de Grenoble, et Bulletin général de thérapeutique, 1885).

— Leçons sur l'angine de poitrine, son traitement, sa curabilité. (Annales médico-chirurgicales. Juin 1886).

— De l'angine de poitrine fruste à siège épigastrique. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Janvier 1887).

— Leçons de clinique et de thérapeutique de l'hôpital Bichat. (Paris 1887, sous presse. Leçon sur les pseudo-angines et leur diagnostic.)

Balfour. — Edinburgh medical Journal, 1881.

James Roes. — A treatise on the diseases of the nervous system. London 1881.

Marchand. — Contribution à l'étude des néoplasmes de l'œsophage. Thèse, Paris 1881.

Macdowal. — Acase of hysterical angina pectoris. (Edinburgh medical Journal, 1882).

P. Marie. — Deux observations d'angine de poitrine dans l'hystérie. (Revue de médecine, 1882.)

Aubry. — Thèse de Paris, 1882.

Liégeois. — Revue médicale de l'Est, 1882-1883. Mémoire couronné par la Société de médecine d'Amiens.

Congrès de Rouen, 1883. Discussion sur les cardiopathies réflexes,

Cardarelli. — Le malattie nervose e funzionalie del cuore (Naples 1882).

P. Marie. — Thèse de Paris, 1883.

Lassègue. — Des cardiopathies d'origine réflexe. Thèse Paris, 1883.

Hurd. — Maladies fonctionnelles du cœur (New-York medical). Record 1883.

Letulle. — Troubles fonctionnels du pneumogastrique. Thèse d'agrégation, 1883).

Landouzy. — Leçons sur l'angine de poitrine neuro-arthritique. (Progrès médical, 1883).

Daubresse. — Goître exophthalmique. Thèse de Paris, 1883.

Dreyfus-Brissac. — Angines de poitrine (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1883).

Martinet. — Angine de poitrine rhumatismale. Thèse Paris 1884.

Lescaux. — Perturbations cardiaques du goître exophthalmique. Thèse de Paris, 1885.

Byrom-Bramwell. — Diseases of Heart and Aorta. 2e édition. Edinburgh, 1886.

Rosenbach. — Neurasthenia vaso-motoria. (Breslauer arzliche zeitschrift, 1886).

Consulter en outre, la clinique de Trousseau, les traités de pathologie de J. Frank, de Jaccoud et les ouvrages de MM. G. Sée et Peter, sur les maladies du cœur.

Paris. Imprimerie des Ecoles. Henri JOUVE, 23, rue Racine.

